



**CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE**

**ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA 2024**

Nº DE RUTA .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO DE CUESTIONARIO DE LA RUTA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DISTRITO .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECCIÓN .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE HOGAR EN LA RUTA .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE ENTREVISTADOR/A .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE CUESTIONARIO .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# ALCOHOL

Se considera bebida alcohólica cualquier tipo de sustancia que contenga alcohol, entre las que se incluyen:

- **Vino, champán, cava**
- **Cerveza, sidra** (cañas, claras...)
- **Vermú, jerez, finos**
- **Combinados o cubatas** (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mezcladas con refrescos, zumos... se incluyen los mojitos)
- **Licores de frutas** (pacharán, licores de manzana, pera, melocotón, melón...)
- **Licores fuertes o bebidas destiladas** (coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo...)

**A1.** Indique si usted ha consumido **CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA**, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** a la que las consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> ?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		¿Ha consumido <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>HA CONSUMIDO CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

**A1b.** ¿Cuántos días ha consumido **BEBIDAS ALCOHÓLICAS** en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**? Marque una casilla.

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	30 días	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	No he consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Nunca he consumido bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>		

**A2.** Indique si usted se ha **EMBORRACHADO**, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si se ha emborrachado anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** a la que se emborrachó por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Se ha emborrachado <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?		¿Se ha emborrachado en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> ?		¿Se ha emborrachado en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		¿Se ha emborrachado <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		EDAD en la que se emborrachó <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>SE HA EMBORRACHADO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

A3. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿ha hecho usted **“BOTELLÓN”**? Marque una casilla.

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

A4. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Pensando en **LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuáles han sido para usted los **MOTIVOS principales PARA BEBER?** Puede marcar una o varias casillas.

1 Porque <b>le gusta cómo se siente</b> después de beber	<input type="checkbox"/> 1
2 Porque es <b>divertido</b> o porque anima las fiestas y celebraciones	<input type="checkbox"/> 1
3 Sólo <b>para emborracharse</b>	<input type="checkbox"/> 1
4 Para <b>encajar en un grupo</b> que le gusta o para no sentirse excluido (en relación con los demás)	<input type="checkbox"/> 1
5 Porque le <b>ayuda</b> cuando se siente <b>deprimido</b> o cuando necesita <b>olvidarse de todo</b>	<input type="checkbox"/> 1
6 Porque cree que es <b>saludable</b> o porque forma parte de una alimentación equilibrada	<input type="checkbox"/> 1

No he tomado una bebida alcohólica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

A4a. Durante los **últimos 12 meses**, ¿Ha realizado alguna de las siguientes actividades? Marque una casilla por cada pregunta.

	SI	NO
Ha <b>conducido un vehículo de motor (coche, moto o motocicleta...)</b> habiendo consumido <u>alcohol</u> en las <u>2 horas</u> previas a la conducción	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Ha <b>utilizado bicicletas, patinetes</b> (eléctricos o no)... habiendo consumido <u>alcohol</u> en las <u>2 horas</u> previas a su uso	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

No he tomado una bebida alcohólica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

### Las siguientes preguntas se refieren solamente a los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**

Conteste a esta pregunta (A5) **SÓLO SI ES USTED UN HOMBRE**

A5. Durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión **5 ó más bebidas alcohólicas?** Entendiendo por “ocasión” cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

ANOTE EL **Nº DE DÍAS** EN QUE HA TOMADO **5 Ó MÁS BEBIDAS** EN LA MISMA OCASIÓN: \_\_\_\_\_ días

No he tomado 5 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

**Conteste a estas preguntas (A6 y A7) SÓLO SI ES USTED UNA MUJER**

- A6. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión 4 ó más bebidas alcohólicas? Entendiendo por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas.** No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

ANOTE EL N° DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 4 Ó MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: \_\_\_\_\_ días

No he tomado 4 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

- A7. Si ha estado usted EMBARAZADA o está actualmente embarazada, ¿Ha consumido o consume cualquier bebida alcohólica durante el embarazo?** Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
No he estado embarazada nunca	<input type="checkbox"/> 9

**Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS**

- A8. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Qué días ha consumido usted alguna bebida alcohólica?**

Marque de lunes a domingo los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 7 días. Si no ha consumido ningún día marque la casilla correspondiente. Puede marcar varias casillas de lunes a domingo.

	Ningún día en los últimos 7 días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Días en los que ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

- A9. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos vasos o copas de las siguientes bebidas alcohólicas ha consumido en total?** Anote el número de vasos o copas de estas bebidas que ha consumido en total en los últimos 7 días, si no ha consumido en los últimos 7 días marque 0.

		N° total de bebidas alcohólicas consumidas EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
1 N° de vasos o copas de <b>vino/champán o cava</b>		_ _
2 N° de vasos, cañas o quintos de <b>cerveza o sidra</b>		_ _
3 N° de vasos o copas de <b>vermú, jerez o fino</b>		_ _
4 N° de vasos de <b>combinados o cubatas</b>		_ _
5 N° de copas de <b>licores de frutas solos (pacharán, manzana)</b>		_ _
6 N° de copas de <b>licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky...)</b>		_ _

No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/> 9

## BEBIDAS ENERGÉTICAS

**A10. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...)?** Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona. Marque una casilla.

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

**A11. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...) mezcladas con bebidas alcohólicas?** Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona. Marque una casilla.

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

### Ahora vamos a volver a preguntarle algunas cosas sobre el CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES.

**Muy importante:**

- **SI NO HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, no conteste este bloque y pase a la pregunta T1 (Tabaco)**
- **SI HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS porque forman parte de un cuestionario y deben analizarse conjuntamente. Marque una casilla por pregunta.**

**AU1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/> 2
2 a 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 3
2 ó 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4
4 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 5

**AU2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?**

1 ó 2	<input type="checkbox"/> 1
3 ó 4	<input type="checkbox"/> 2
5 ó 6	<input type="checkbox"/> 3
7 a 9	<input type="checkbox"/> 4
10 o más	<input type="checkbox"/> 5

**AU3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?**

Nunca	<input type="checkbox"/> 1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/> 2
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 3
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 5

**AU9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?**

No	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/> 2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/> 3

AU10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?

No	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/> 2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/> 3

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS.  
 POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

## TABACO

T1. Indique si usted ha consumido **UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO**, aunque fuera sólo una o dos caladas **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que lo consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?		¿Ha consumido alguna vez en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> ?		¿Ha consumido alguna vez en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		¿Ha consumido alguna vez <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO</b> , aunque fuera sólo una o dos caladas	<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	

T2. ¿Cuándo ha sido la **PRIMERA VEZ** que ha fumado, un cigarrillo u otro tipo de tabaco? Marque una casilla.

Hace un 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"/> 9

T3. Durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, por término medio, ¿qué número de cigarrillos solía fumar cada día que fumaba? Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

**CIGARRILLOS**  
 Anote el nº: \_\_\_\_\_

No he fumado un cigarrillo en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he fumado un cigarrillo	<input type="checkbox"/> 9

T4. Durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, si ha fumado cigarrillos, ¿qué tipo de cigarrillos ha fumado? Marque una casilla.

Cigarrillos de <b>cajetilla</b>	<input type="checkbox"/> 1
Tabaco de <b>liar</b>	<input type="checkbox"/> 2
De los <b>2 tipos</b>	<input type="checkbox"/> 3
No he fumado en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he fumado	<input type="checkbox"/> 9

**T5. Si alguna vez ha fumado usted a diario, ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco DIARIAMENTE?** Ponga sobre la línea los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he fumado tabaco diariamente	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he fumado tabaco en mi vida	<input type="checkbox"/> 9

**T6. ¿Se ha planteado alguna vez dejar de fumar?** Marque una casilla.

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"/> 9

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

**T7. Indique si usted ha usado PIPAS DE AGUA (CACHIMBAS, SHISHAS, HOOKAH, NARGUILE...), ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y/O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.** Si ha usado PIPAS DE AGUA en los ÚLTIMOS 12 MESES, indique el número de días que lo ha hecho en ese periodo y la edad en que las usó por primera vez. Marque una casilla por cada pregunta.

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

**T7a. Si usted ha usado ALGUNA VEZ EN LA VIDA PIPAS DE AGUA (CACHIMBAS, SHISHAS, HOOKAH, NARGUILE...), ¿Qué mezcla ha utilizado para prepararla?** Marque una casilla.

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

## CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

**CE1. Indique si usted ha consumido CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que lo consumió por PRIMERA VEZ. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS?</b>		¿Ha consumido <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS?</b>		<b>EDAD</b> en que consumió <b>por primera vez en su vida</b>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)</b>	<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	

**CE2. Si ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear), ¿Qué tipo de cartucho o líquido emplea para recargar su cigarrillo electrónico?** Marque una casilla.

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

**CE3. Si ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear), ¿Utiliza los CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear) para reducir el consumo de tabaco o dejar de fumar?** Marque una casilla.

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

## TRANQUILIZANTES / SEDANTES (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) Y SOMNÍFEROS (medicamentos para dormir)

**INCLUYA:** Lexatín, Orfidal, Noctamid, Trankimazin, Rohipnol, Tranxilium, Diacepam, Valium, Stilnox, Zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc.

**NO INCLUYA:** Valeriana, Pasiflora, Dormidina, Melatonina.

**TS1. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que los consumió por PRIMERA VEZ.** Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS</b> (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos 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	

**TS2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?** Marque una casilla.

Hace un año o menos	<input type="checkbox"/> 1
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> 2
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> 9

**TS3. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS.** Puede marcar una o varias opciones.

1 Lo tomo en <b>mayor dosis</b> porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> 1
2 Lo tomo en <b>menor dosis</b> que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
3 Lo tomo durante <b>más tiempo</b> porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> 1
4 Lo tomo durante <b>menos tiempo</b> que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
5 Lo tomo en la <b>cantidad y durante el tiempo exacto</b> que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> 9

**TS4. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS: ¿Cómo le dijo el médico que se lo tenía que tomar?** Marque una opción

El médico me dijo que me lo tomara con una <b>pauta fija</b> (cada 8 horas, 1 al día ...)	<input type="checkbox"/> 1
El médico me dijo que me lo tomara <b>cuando yo lo necesitara</b> .	<input type="checkbox"/> 2
Lo tomo <b>según considero</b> porque no me lo ha recetado ningún médico	<input type="checkbox"/> 3
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> 9

## TRANQUILIZANTES/SEDANTES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) y/o SOMNÍFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para dormir)

**A continuación, las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido SIN RECETA MÉDICA O PARA USO NO MÉDICO es decir:**

- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión, pero lo ha seguido tomando sin control por su médico, en **mayor cantidad o durante más tiempo** que lo que le indicó su médico.
- El médico se lo ha **recetado a otra persona** de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- Los ha conseguido por **otros medios** distintos a la receta médica

**TS5. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que los consumió por PRIMERA VEZ.** Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> ?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		¿Ha consumido <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b><u>TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u></b> (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos 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	

TS6. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿Ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) **en la misma ocasión junto con...**? Entendiendo por "ocasión" en un plazo de un par de horas. Marque una casilla por fila.

	No	Sí
con <b>alcohol</b> ?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
con <b>drogas ilegales</b> (cannabis, cocaína, heroína...)?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
con <b>alcohol y drogas ilegales</b> (cannabis, cocaína, heroína...) a la vez?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

No he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u> en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

TS7. Piense en la última vez que tomó **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) y seleccione el **medio por el que los consiguió**. Marque sólo una opción.

<sub>1</sub> A través de una <b>receta médica</b> que <b>no me recetaron a mi</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<sub>2</sub> A través de un <b>amigo o familiar</b>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<sub>3</sub> A través de un <b>traficante</b> o a una <b>persona desconocida</b>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
<sub>4</sub> A través de <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
<sub>5</sub> Lo compré en una <b>farmacia sin receta</b>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<sub>6</sub> Lo conseguí <b>de otra manera</b>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

## ANALGÉSICOS OPIOIDES

(medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

Estos medicamentos **se usan para tratar dolores** originados por diferentes causas que sean **intensos, de larga duración o que no hayan respondido a otros tratamientos**.

**INCLUYA:** Adolonta, Tramadol, Zaldiar, Enanplus, Tradonal, Algidol, Dolocatil, Codeisan, MST continus, Durogesic, Dolantina, Subuxone, Oxycodona, Fentanilo, etc.

**NO INCLUYA:** Paracetamol, Ibuprofeno, Aspirina, Nolotil, Enantyum, Espidifen etc.

AO1. Indique si usted ha utilizado o consumido **ANALGÉSICOS OPIOIDES** (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO** en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque con una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES</b> ?		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		¿Ha consumido <b>A DIARIO</b> en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> ?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES</b> (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

**AO2. Indique cuáles de los siguientes ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) ha utilizado o consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**. Puede marcar varias casillas por fila.**

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	
	No	Sí
1 <b>TRAMADOL</b> (Adolonta, Dolpar, Enanplus, Tradonal, Zaldiar...)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
2 <b>CODEÍNA</b> (Algídol, Analgílasa, Bisoltus, Cod-Efferalgan, Codeisan, Dolmen...)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
3 <b>MORFINA</b> (Dolq, Mst Continus, Oramorph, Sevredol...)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
4 <b>FENTANILO</b> (Durogesic, Fendivia, Instanyl, Matrifen...)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
5 <b>OTROS</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

**AO3. En términos generales indique PARA QUÉ EMPEZÓ A TOMAR este tipo de medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar varias opciones.**

1 <b>Dolor agudo</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
2 <b>Dolor crónico</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
3 Después de una <b>operación</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
5 Otras razones: _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**AO4. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar una o varias opciones.**

1 Lo tomo en <b>mayor dosis</b> porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
2 Lo tomo en <b>menor dosis</b> que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
3 Lo tomo durante <b>más tiempo</b> porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
4 Lo tomo durante <b>menos tiempo</b> que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
5 Lo tomo en la <b>cantidad y durante el tiempo exacto</b> que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

## ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO

(medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

A continuación, las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido **SIN RECETA MÉDICA O PARA USO NO MÉDICO** es decir:

- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión, pero lo ha seguido tomando sin control por su médico, en **mayor cantidad o durante más tiempo** que lo que le indicó su médico.
- El médico se lo ha **recetado a otra persona** de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- Los ha conseguido por **otros medios** distintos a la receta médica

**AO5.** Indique si usted ha consumido **ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO** en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque con una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</b> (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

**AO6.** Piense en la última vez que tomó **ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) y seleccione el **medio por el que los consiguió**. Marque sólo una opción.

1 A través de una <b>receta médica</b> que <b>no me recetaron a mi</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
2 A través de un <b>amigo o familiar</b>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
3 A través de un <b>traficante</b> o una <b>persona desconocida</b>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
4 A través de <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
5 Lo compré en una <b>farmacia sin receta</b>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6 Lo conseguí <b>de otra manera</b>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Nunca he tomado analgésicos opioides sin receta o para uso no médico	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE TRANQUILIZANTES, SEDANTES Y/O SOMNÍFEROS y de ANALGÉSICOS OPIOIDES. GRACIAS. POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO.**

## OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**CONTESTE AHORA, POR FAVOR, A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE OTROS TIPOS DE SUSTANCIAS:**

- **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS** (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)
- **COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** (base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)
- **ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** (pastis, pirulas, MDMA)
- **ANFETAMINAS O SPEED** (anfetas)
- **ALUCINÓGENOS** (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)
- **HEROÍNA** (caballo, jaco)
- **INHALABLES VOLÁTILES** (poppers, cola, pegamento, disolvente, nitritos, gasolina)
- **GHB** (éxtasis líquido, gammahidroxitbutirato, X-líquido, gamma-OH)
- **METANFETAMINA** (meth, ice, fina)
- **SETAS MÁGICAS** (setas psicodélicas)

## CANNABIS – MARIHUANA – HACHÍS

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

**M1a. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS** (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)?

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

**M2a. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 1
---	----------------------------

**M3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS?** Marque una casilla.

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

**M3a. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	Entre 30 - 150 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Más de 150 días	<input type="checkbox"/> 6
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4	Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

**M3b. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	30 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4		

**M4. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿Cuántos PORROS ha fumado EN EL MISMO DÍA por término medio? No considere que fumó porros si lo único que hizo fue dar unas caladas al porro de otra persona.**

|\_\_|\_\_| porros

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

**M5. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, qué ha fumado? Marque una casilla.**

Principalmente marihuana ( <b>hierba</b> )	<input type="checkbox"/> 1
Principalmente hachís ( <b>resina, chocolate</b> )	<input type="checkbox"/> 2
De los <b>2 tipos</b>	<input type="checkbox"/> 3
No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

**M6. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿cómo lo ha consumido? Puede marcar varias opciones.**

En forma de <b>porro</b> o canuto	<input type="checkbox"/> 1
Usando pipas de agua, bong, <b>cachimbas</b> , shishas	<input type="checkbox"/> 1
Usando <b>cigarrillos electrónicos</b>	<input type="checkbox"/> 1
Por vía oral a través de <b>pasteles</b> , galletas, chupitos	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

**M7. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, lo ha mezclado con TABACO? Marque una casilla.**

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

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

**M8. Si fuese legal el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿lo probaría?** Marque una casilla.

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

Ya lo he probado	<input type="checkbox"/> 2
------------------	----------------------------

**M9. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿De dónde lo ha obtenido?** Puede marcar varias opciones.

1 De una <b>plantación propia</b>	<input type="checkbox"/> 1
2 De un <b>club cannábico</b> (o de una asociación de usuarios de cannabis)	<input type="checkbox"/> 1
3 De una <b>tienda de productos de cannabis</b> (grow shop, head shop...)	<input type="checkbox"/> 1
4 De un <b>traficante o camello (vendedor)</b>	<input type="checkbox"/> 1
5 De un <b>amigo</b>	<input type="checkbox"/> 1
6 De <b>internet</b>	<input type="checkbox"/> 1
No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> 9

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI HA CONSUMIDO  
CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS  
ÚLTIMOS 12 MESES,  
si no ha consumido cannabis pase a la pregunta C1a**

**Algunas de las siguientes preguntas le parecerán similares, pero ha de CONTESTARLAS TODAS porque forman parte de cuestionarios internacionales y debemos analizarlas conjuntamente**

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 12 meses → **Pasa a la pregunta C1a**

**M10. ¿Con qué frecuencia le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES?** Ponga una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total ha de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
1 ¿Ha fumado cannabis <b>antes del mediodía</b> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2 ¿Ha fumado cannabis <b>estando solo/a</b> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3 ¿Ha tenido <b>problemas de memoria</b> al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4 ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que <b>debería reducir el consumo</b> de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5 ¿Ha <b>intentado reducir</b> o dejar de consumir cannabis <b>sin conseguirlo</b> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 ¿Ha tenido <b>problemas</b> debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?: /...../	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**M11. En los ÚLTIMOS 12 MESES ¿ha iniciado algún TRATAMIENTO para dejar o reducir el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS (hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?**

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

## COCAÍNA EN POLVO

[cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

**C1a. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, COCAÍNA EN POLVO** (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)?

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

**C1b. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió COCAÍNA EN POLVO?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

Nunca he consumido cocaína polvo	<input type="checkbox"/> 1
----------------------------------	----------------------------

**C2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN POLVO?** Marque una casilla.

Hace un 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

**C2a. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	Entre 30 - 150 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	Más de 150 días	<input type="checkbox"/> 6
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	No he consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4	Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 9

**C2b. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

Entre 1 - 3 días	<input type="checkbox"/> 1	30 días	<input type="checkbox"/> 5
Entre 4 - 9 días	<input type="checkbox"/> 2	No he consumido cocaína en polvo en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Entre 10 - 19 días	<input type="checkbox"/> 3	Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> 9
Entre 20 - 29 días	<input type="checkbox"/> 4		

## COCAÍNA EN FORMA DE BASE

[base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]

- B1. Indique si usted ha consumido **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>COCAÍNA EN FORMA DE BASE</b> (base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

- B2. ¿Cuándo ha sido la **PRIMERA VEZ** que ha consumido **COCAÍNA EN FORMA DE BASE**? Marque una casilla.

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

## ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS

(pastis, pirulas, MDMA)

- E1. Indique si usted ha consumido **ÉXTASIS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que lo consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS</b> (pastis, pirulas, MDMA)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## ANFETAMINAS O SPEED

(anfetas)

- Sp1. Indique si usted ha consumido **ANFETAMINAS O SPEED** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que los consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez</u> en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ANFETAMINAS O SPEED</b> (anfetas)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## ALUCINÓGENOS

(LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)

**Alu1.** Indique si usted ha consumido **ALUCINÓGENOS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que los consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>ALUCINÓGENOS</b> (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## HEROÍNA

(caballo, jaco)

**H1.** Indique si usted ha consumido **HEROÍNA** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>HEROÍNA</b> (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## INHALABLES VOLÁTILES

(cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)

**InV1.** Indique si usted ha consumido **INHALABLES VOLÁTILES** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que los consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>INHALABLES VOLÁTILES</b> (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## GHB

(éxtasis líquido, gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH, GBL)

**GHB1.** Indique si usted ha consumido **GHB ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que lo consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS?</b>		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>GHB</b> (éxtasis líquido, gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH, GBL)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## METANFETAMINA

(meth, ice, tina)

**MET1.** Indique si usted ha consumido **METANFETAMINA ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS?</b>		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>METANFETAMINA</b> (meth, ice, tina)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## SETAS MÁGICAS

(setas psicodélicas)

**SM1.** Indique si usted ha consumido **SETAS MÁGICAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que las consumió por **PRIMERA VEZ**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES?</b>		¿Ha consumido en los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS?</b>		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>SETAS MÁGICAS</b> (setas psicodélicas)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

## NUEVAS SUSTANCIAS

**NS1.** En la actualidad se encuentran disponibles **NUEVAS SUSTANCIAS** que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis....).

Estas nuevas sustancias (keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc...

Conteste las siguientes preguntas referentes a estas nuevas sustancias. Marque una casilla por cada pregunta.

¿Ha <b>oído hablar</b> de estas nuevas sustancias?		¿Las ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?	
No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

**NS2.** Para cada una de las siguientes sustancias, indique si usted las ha consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**. Marque una casilla por pregunta y por fila.

	¿Ha consumido <b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ?	
	No	Sí
<b>KETAMINA</b> (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>SPICE</b> (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>MEFEDRONA</b> (también llamada miau-miau, 4-MMC, 3-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>AYAHUASCA</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>COCAÍNA ROSA</b> (2CB, Nexus, Pantera rosa)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>FLAKKA</b> (Alfa-PVP)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>ÓXIDO NITROSO</b> (gas de la risa)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>FENTANILO</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

Nunca he consumido ninguna de estas nuevas sustancias

<sub>9</sub>

## TRATAMIENTO

**TR1.** ¿Conoce personalmente a alguien que haya consumido **HEROÍNA O SE HAYA INYECTADO DROGAS ILEGALES** en los **ÚLTIMOS 12 MESES**? Marque una casilla.

Sí, conozco a alguien	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
No, no conozco a nadie	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

**TR2. Por favor, invente un nombre para cada persona que conozca personalmente y que sabe que ha consumido HEROÍNA O SE HA INYECTADO DROGAS ILEGALES en los ÚLTIMOS 12 MESES, y luego para cada una de ellas, conteste las preguntas de la siguiente tabla.**

Si tiene dificultades para rellenarla, pídale ayuda al entrevistador. Él podrá explicarle mejor las instrucciones.

Nombre inventado		¿Se ha inyectado <u>drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha consumido <u>heroína</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha iniciado un tratamiento ambulatorio por drogas ilegales en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Estuvo motivado dicho tratamiento por la heroína?		
		SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
01	_____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
02	_____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
03	_____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
04	_____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
05	_____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

No conozco personalmente a nadie que haya consumido heroína o se haya inyectado drogas ilegales en los ÚLTIMOS 12 MESES

<sub>9</sub>

## JUEGO CON DINERO

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

**Conteste a la preguntas J1 si ha JUGADO CON DINERO (online y/o presencial) en los ÚLTIMOS 12 MESES, si no ha jugado con dinero (online y/o presencial) en los últimos 12 meses pase a la pregunta INT1**

**No** he jugado dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses → **Pasa a la pregunta INT1**

**J1. ¿Conteste si le ha ocurrido (sí/no) algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Marque una casilla por línea.**

	SÍ	NO
Ha tenido la necesidad de apostar <b>cantidades de dinero cada vez mayores</b> para conseguir la excitación deseada.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Ha estado <b>nervioso o irritado</b> cuando ha <b>intentado reducir</b> o abandonar el juego.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Ha hecho esfuerzos repetidos para <b>controlar, reducir o abandonar</b> el juego, siempre sin éxito.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
A menudo ha tenido la <b>mente ocupada en las apuestas</b> (p. ej. reviviendo experiencias de apuestas pasadas, planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar...).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
A menudo ha <b>jugado cuando sentía desasosiego</b> (p. ej. culpabilidad, ansiedad, depresión).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Después de perder dinero en las apuestas, ha vuelto a <b>jugar otro día para intentar ganar</b> y así recuperar el dinero perdido.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Ha <b>mentido</b> para ocultar su grado de implicación en el juego.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Ha puesto en peligro o ha perdido</b> alguna <b>relación</b> importante, su <b>empleo</b> u oportunidades en sus estudios o en su carrera profesional a causa del juego.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Cuenta con los demás para que <b>le den dinero</b> para aliviar su grave situación financiera provocada por el juego.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

**J2. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia HA JUGADO DINERO? Marque una casilla por columna.**

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
Un día al mes o menos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
2-4 días al mes	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
2-5 días a la semana	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
6 o más días a la semana	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**J3. ¿Qué edad tenía la PRIMERA VEZ que jugó dinero?**

Ponga sobre las líneas los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

Anote la **edad** que tenía la **primera vez** que **jugó dinero online (en internet)**: \_\_\_\_\_ años

Nunca he jugado dinero online (en internet)	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
---	---------------------------------------

Anote la **edad** que tenía la **primera vez** que **jugó dinero presencial (fuera de internet)**: \_\_\_\_\_ años

Nunca he jugado dinero presencial (fuera de internet)	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
---	---------------------------------------

**J4. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿En qué juegos HA JUGADO DINERO?** Marque una o varias casillas.

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
Loterías, primitiva, bonoloto, once cupones, juego activo eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Loterías instantáneas (rascas, once)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Quinielas de fútbol y/o quinigol	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Apuestas deportivas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Apuestas en las carreras de caballos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Slots, máquinas de azar/ tragaperras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Juegos de cartas con dinero (póquer, mus, blackjack, punto y banca...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Bingo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Videojuegos (cajas bofín, dinero gastado para mejorar tu posición, tu personaje...)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Juegos en casino	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Juegos en salas de juego		<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Bolsa de valores	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Concursos (televisión, radio, prensa) con apuesta económica	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Criptomonedas, trading	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**J5. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuál ha sido la mayor cantidad de DINERO QUE SE HA GASTADO JUGANDO en un solo día?** Marque una casilla por columna.

	Dinero que he jugado online (en internet)	Dinero que he jugado presencial (fuera de internet)
Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Entre 6 y 30 euros	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Entre 31 y 60 euros	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Entre 61 y 300 euros	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Más de 300 euros	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

## INTERNET

Las siguientes preguntas se refieren al **uso de INTERNET**, para chatear, mandar o recibir e-mails, WhatsApp, usar redes sociales, jugar con o sin dinero, escuchar o descargarse música, ver o descargarse videos, hacer compras, para hacer deberes o trabajar.

**INT1.** Indique si usted ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<b>Uso de INTERNET</b>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>

**INT 1a.** Indique el número de horas de media en un día cualquiera entre semana de lunes a viernes y en un día cualquiera del fin de semana que ha utilizado INTERNET POR DIVERSIÓN. Si no ha utilizado internet por diversión marque 0 horas. Las horas de uso están incluidas en un rango de 0 a 24 horas y los minutos de 0 a 60.

/\_/\_/\_/ Horas /\_/\_/\_/ Minutos en un día **ENTRE SEMANA** (de lunes a viernes)

/\_/\_/\_/ Horas /\_/\_/\_/ Minutos en un día del **FIN DE SEMANA** (sábado o domingo)

**INT2.** Por favor, lea las afirmaciones siguientes respecto al uso de **INTERNET** (chateando, mandando o recibiendo e-mails, WhatsApp, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándose música, viendo o descargándose videos...). Indique cada cuanto tiempo le ocurren las siguientes situaciones. (No tenga en cuenta el tiempo que emplea en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indique aquí el tiempo que emplea en internet por diversión). Marque una casilla por línea.

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY FRECUENTEMENTE
1 ¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil <b>dejar de usar internet</b> cuando estaba conectado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 ¿Con qué frecuencia ha seguido <b>conectado</b> a internet <b>a pesar de querer parar</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 ¿Con qué frecuencia sus padres, o amigos le dicen que <b>debería pasar menos tiempo</b> en internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 ¿Con qué frecuencia <b>prefiere conectarse a internet</b> 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
5 ¿Con qué frecuencia <b>duerme menos</b> 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
6 ¿Con qué frecuencia se encuentra <b>pensando en internet</b> , aunque no esté conectado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 ¿Con qué frecuencia <b>está deseando conectarse</b> a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 ¿Con qué frecuencia piensa que <b>debería usar menos internet</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 ¿Con qué frecuencia <b>ha intentado pasar menos tiempo</b> conectado a internet y no lo ha conseguido?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 ¿Con qué frecuencia intenta <b>terminar su trabajo a toda prisa</b> para conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 ¿Con qué frecuencia <b>descuida sus obligaciones</b> (deberes, estar con la familia...) porque prefiere conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 ¿Con qué frecuencia <b>se conecta</b> a internet cuando <b>está "de bajón"</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 ¿Con qué frecuencia <b>se conecta</b> a internet para <b>olvidar sus penas o sentimientos negativos</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14 ¿Con qué frecuencia se siente <b>inquieto, frustrado o irritado si no puede usar internet</b> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 ¿Con qué frecuencia se ha sentido <b>acosado, amenazado</b> o cree que le han hecho <b>bullying</b> a través de internet?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Nunca he usado **INTERNET** 9

## Pornografía

**POR1.** **INDIQUE SI HA USADO O MIRADO PORNOGRAFÍA.** No incluya páginas que le aparecen en búsquedas sin que las haya buscado. Si ha usado, anote en el recuadro correspondiente la edad en que la usó 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 usó o miró <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<b>Ha usado o mirado PORNOGRAFÍA</b>	<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. INDIQUE SI HA USADO O MIRADO PORNOGRAFÍA ALGUNA VEZ, CON QUIÉN LA HA USADO.** No incluya páginas que le aparecen en búsquedas sin que las haya buscado. Puede marcar más de una respuesta.

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

## SALUD

**S1. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:**

Marque todas las que considere.

<sup>1</sup> Ludopatía (problemas con el <b>juego</b> )	<input type="checkbox"/> 1
<sup>2</sup> <b>Ansiedad</b>	<input type="checkbox"/> 1
<sup>3</sup> <b>Depresión</b>	<input type="checkbox"/> 1
<sup>4</sup> Insomnio (problemas para <b>dormir</b> )	<input type="checkbox"/> 1
<sup>5</sup> Trastorno por consumo de <b>drogas</b> (sustancias psicoactivas)	<input type="checkbox"/> 1
Ninguno de los mencionados	<input type="checkbox"/> 9

**S2. ¿Alguna vez en los últimos 12 meses ha pensado en suicidarse?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> 9

**S3. Alguna vez en los últimos 12 meses, ¿ha pensado en cómo podría suicidarse o ha planeado hacerlo?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> 9

**S4. En los últimos 12 meses, ¿ha cometido un intento de suicidio?**

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Prefiere no contestar	<input type="checkbox"/> 9

**USTED HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.  
INTRODÚZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR/A.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**ENTREVISTADOR/A: PASAR A BLOQUE DE PREGUNTAS DE “RIESGO Y OTRAS CUESTIONES”  
EN EL CUADERNILLO DEL ENTREVISTADOR/A**

