



 centro-escuela-clase-código de cuestionario



CUESTIONARIO

sobre actitudes, usos y hechos
acerca de sustancias no nutricionales

1. **Eres** chico chica

2. **¿En qué año naciste?** Año 19

3. **¿Cuáles de las siguientes personas viven contigo en tu casa?** Marca todas las respuestas necesarias.

- Padre
- Padrastro
- Madre
- Madrastra
- Hermano/s y/o hermanastro/s
- Abuelo/s
- Otro/s pariente/s
- No pariente/s

4. **¿Tienes hermanos, incluyendo a hermanastros?** Marca todas las respuestas que sean necesarias.

- No
- Sí, mayor/es
- Sí, menor/es
- Sí, gemelo

5. **¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has fumado cigarrillos?** Marca una casilla en cada línea.

	Número de veces						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o más
a) En toda tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

6. **¿Cuántos cigarrillos sueles fumar a la semana?**

Si fumas menos de una vez a la semana o si no fumas, por favor marca el 0.

Número de cigarrillos por semana					
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20 o más
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

7. **¿Qué probabilidad hay de que te ocurran las siguientes cosas si fumas cigarrillos el mes que viene?** Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
a) Meterme en problemas con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tener problemas con mis amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Volverme adicto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tener problemas de dinero.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sentirme más relajado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Divertirme más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ser más popular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sentirme más seguro y extrovertido ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Actualmente, ¿cada cuánto tiempo tomas bebidas alcohólicas, por ejemplo, cerveza, vino o licores?** Trata de incluir incluso esas veces en que sólo bebes una pequeña cantidad.

Todos los días	Todas las semanas	Todos los meses	Rara vez	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

9. **¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, te has emborrachado por tomar bebidas alcohólicas?**

Marca una casilla para cada línea.

	Número de veces						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o más
a) En toda tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

10. **¿Qué probabilidad hay de que te ocurran las siguientes cosas si bebes alcohol el mes que viene?** Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
a) Ir mal en el colegio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meterme en líos con mis padres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tener problemas con mis amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Volverme adicto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tener problemas de dinero.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sentirme más relajado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Divertirme más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ser más popular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Olvidar mis problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Sentirme más seguro y extrovertido ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

11. **¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has esnifado sustancias (pegamento, gasolina, disolvente) para colocarte?** Marca una casilla en cada línea.

	Número de veces						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o más
a) En toda tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

12. **¿Has oído hablar alguna vez de cualquiera de las siguientes sustancias?** Marca una casilla en cada línea.

	Sí	No
a) Tranquilizantes o sedantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marihuana o hachís.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Anfetaminas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

g) Relevina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Heroína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Éxtasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Metadona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) "Setas mágicas".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

13. **¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has tomado marihuana o hachís? (Nunca = 0).**

Marca una casilla en cada línea.

	Número de veces						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-29	30 o más
a) En toda tu vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) En los últimos 30 días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

14. **¿Has usado alguna vez alguna de las siguientes drogas?**

Marca una o más casillas en cada línea.

	No	Sí, en los últimos 30 días	Sí, en los últimos 12 meses	Sí, a veces en mi vida
a) Tranquilizantes/sedantes (sin prescripción médica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) LSD u otros alucinógenos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anfetaminas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Relevina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Heroína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Éxtasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) GHB.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Metadona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) "Setas mágicas".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ketamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

15. **¿Qué probabilidad hay de que te ocurran estas cosas si tomas marihuana u otras sustancias ilegales el mes que viene? Marca la respuesta más cercana a tu opinión.**

	Muy probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
a) Meterme en líos con la policía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tener problemas en el colegio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Meterme en líos con mis padres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tener problemas con mis amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Volverme adicto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tener problemas de dinero.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Sentirme más relajado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Divertirme más.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ser más popular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- j) Sentirme más seguro y extrovertido ... 1 2 3 4

16. **¿Qué probabilidad hay de que hagas las siguientes cosas DE AQUÍ A UN AÑO?**

Marca una casilla en cada línea.

	Muy probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
a) Fumar cigarrillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Tomar bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Emborracharme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumar marihuana o hachís (maría, hierba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Esnifar sustancias (pegamento...) para colocarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Tomar sustancias ilegales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2 ..	3	4

17. **A continuación hay varias afirmaciones que la gente ha hecho sobre sustancias ilegales. ¿Estás de acuerdo con las siguientes opiniones sobre drogas?**

Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Muy en desacuerdo
a) Tomar drogas puede ser una actividad placentera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Una persona joven no debería probar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Usar drogas es divertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hay muchas cosas más peligrosas que tomar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Todo el mundo que prueba las drogas se arrepiente con el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Las leyes sobre drogas deberían ser más duras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) El uso de drogas es una de las mayores lacras del país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Las drogas ayudan a que la gente tenga una experiencia vital plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Los colegios deberían explicar los verdaderos peligros de tomar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) La policía no debería molestar a la gente joven que está probando drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Experimentar con drogas es perder el control de tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

18. **En cada afirmación de las de abajo, por favor, marca si crees que es correcta o no poniendo una equis en la casilla apropiada.**

	Sí	No	No lo sé
a) La nicotina es la sustancia de los cigarrillos que causa cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hay que fumar varios cigarrillos al día durante muchos años para volverse adicto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Las mujeres tienen menor tolerancia al alcohol que los hombres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lleva una media hora eliminar del cuerpo la cantidad de alcohol que contiene una lata de cerveza fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fumar marihuana no causa dependencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Un alto consumo de hachís o marihuana disminuye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

la producción de hormonas sexuales

1 2 3

19. **A continuación hay varias afirmaciones sobre tu conocimiento de algunas sustancias. ¿Estás de acuerdo con las siguientes frases?**

Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Muy en desacuerdo
a) Sé todo lo que necesito saber sobre la nicotina y sus efectos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sé todo lo que necesito saber sobre el alcohol y sus efectos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sé todo lo que necesito saber sobre otras drogas y sus efectos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4

20. **¿Cuánto crees que SE ARRIESGA LA GENTE a dañarse (físicamente o de otras maneras), si...? Marca una casilla en cada línea.**

	Ningún riesgo	Riesgo leve	Gran riesgo	No sé
a) fuma cigarrillos de forma ocasional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) fuma uno o más paquetes de cigarrillos al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) toma una o dos bebidas casi todas las semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) bebe alcohol todos los días.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) prueba sustancias para inhalar (pegamento, etc.) una o dos veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) prueba marihuana o hachís (cannabis, maría, hierba) una o dos veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) fuma marihuana o hachís de forma regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) usa otras drogas ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4

21. **¿Alguna de las siguientes personas fuma cigarrillos? Marca una casilla en cada línea.**

	Fuma a diario	Fuma a veces	No fuma	No sé	No tengo o no veo a esta persona
a) Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mejor amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5

22. **Cuando respondas esta pregunta, piensa en los amigos con quienes pasas la mayor parte de tu tiempo de ocio. Marca una casilla en cada línea.**

	Ninguno	Menos de la mitad	Sobre la mitad	Más de la mitad	Todos ellos	No lo sé
a) ¿A cuántos les gusta el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Cuántos van bien en el colegio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cuántos fuman cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Cuántos se emborrachan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Cuántos toman marihuana u otras drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3 4 5 6

23. **¿Alguno de tus hermanos...? Marca una casilla en cada línea.**

	Sí	No	No lo sé	No tengo hermanos
a) toma bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) se emborracha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c) fuma marihuana o hachís (maría, hierba) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) esnifa sustancias (pegamento, gasolina, disolvente...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) toma otras drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

24. **¿Alguna de las siguientes descripciones se adapta a la gente de tu alrededor?** Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

- | | Muy de acuerdo | De acuerdo | No de acuerdo | Muy en desacuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Mis padres establecen normas claras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Mis padres saben dónde estoy por las tardes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Puedo conseguir fácilmente el apoyo de mi padre y/o madre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Para mí es muy importante no defraudar a mis padres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Mi mejor amigo me apoya de verdad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

25. **En las próximas preguntas, vas a decir si estás de acuerdo o no con cada afirmación sobre tu familia.** Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

- | | Totalmente en desacuerdo | No de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) En mi familia realmente nos ayudamos y apoyamos los unos a los otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) En mi familia no se habla de los problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) No nos solemos pelear en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Las obligaciones de cada persona están claramente establecidas en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) En mi familia puedes salir impune de casi cualquier cosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) En mi familia todos estamos llenos de vida y buen humor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) En mi familia a todos nos importa expresar nuestra propia opinión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) En mi familia rara vez perdemos los nervios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Hay un castigo estricto para cualquiera que rompa las normas en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) En mi familia podemos hacer lo que queramos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) En mi familia siempre hacemos cosas juntos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Hay muchas discusiones en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) En mi familia nunca nos pegamos los unos a los otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) "El trabajo antes del juego" es la norma en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) En mi familia no se nos castiga o riñe cuando hacemos algo mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Nos llevamos realmente bien los unos con los otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q) No nos contamos nuestros problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

personales

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| r) En mi familia no solemos criticar a los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Los miembros de mi familia tienen ideas estrictas sobre lo que está bien y lo que está mal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Vamos y venimos como queremos en mi familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

26. **¿Si quisieras beber alcohol (o si ya quieres), crees que tu padre y tu madre te lo permitirían?** Marca una casilla en cada línea.

- | | Me permitiría
(me permite)
beber
alcohol | No me permitiría
(no me permite)
beber
en casa | No me permitiría
(no me permite)
beber
de ninguna manera | No lo sé |
|----------------|---|---|---|--------------------------|
| a) Padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Madre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

27. **¿Si quisieras fumar (o si ya quieres), crees que tu padre y tu madre te lo permitirían?** Marca una casilla en cada línea.

- | | Me permitiría
(me permite)
fumar | No me permitiría
(no me permite)
fumar en casa | No me permitiría
(no me permite)
fumar de ninguna
manera | No lo sé |
|----------------|--|--|---|--------------------------|
| a) Padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Madre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |

28. **¿Cómo fueron tus notas el año pasado comparadas con las de tus compañeros de clase?**

- 1 Mucho mejores 2 Mejores 3 Como las de la mayoría 4 Peores

29. **En tu opinión, ¿mejorarán tus notas al final de este curso?**

- 1 Sí 2 Probablemente sí 3 Probablemente no 4 No

30. **¿Qué opinas del colegio actualmente?**

- 1 Me gusta mucho.
2 Me gusta un poco.
3 No me gusta mucho.
4 No me gusta nada.

31. **¿Estás de acuerdo con las siguientes descripciones de tu colegio?** Marca una casilla en cada línea.

- | | Muy de
acuerdo | De
acuerdo | No de
acuerdo | Muy en
desacuerdo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) A los de mi clase les gusta estar juntos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) La mayoría de la gente de mi clase es amable y te ayuda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Los demás estudiantes me aceptan como soy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Me preocupa mucho cómo me vaya en el colegio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- e) Respeto mucho lo que me dicen los profesores
 1 2 3 4

32. **¿Has tenido alguno de los siguientes problemas en los últimos 12 meses?**

Marca todas las respuestas necesarias en cada línea.

	Nunca	Sí, por tomar alcohol	Sí, distintas a tomar por tomar drogas	Sí, por razones distintas a tomar alcohol o drogas
a) Riña o discusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pelea o lucha.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Accidente o herida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pérdida de dinero o de objetos valiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Daños a objetos o ropa que te pertenecía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Problemas en la relación con (tus) padres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Problemas en la relación con (tus) amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Problemas en la relación con (tus) profesores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Malos resultados en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Víctima de hurto o robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Hospitalizado o llevado a urgencias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	1	1

33. **Hay varias formas posibles de tomar decisiones. ¿Cómo se adaptan a ti las siguientes?**

Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Muy en desacuerdo
a) Cuando decido hacer algo, siempre lo llevo a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Suelo tomar decisiones sin pensar en las consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sopeso todas las opciones antes de decidirme por algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Suelo arrepentirme de lo que he decidido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cuando decido algo no me importa lo que piensen mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

34. **Imagínate en cada una de las siguientes situaciones. Algunas te pueden resultar muy familiares, otras menos, por lo que puedes sentirte menos seguro al contestar. Es suficiente con que hagas lo que puedas. Marca la respuesta más cercana a tu opinión.**

Muy probable Probable Improbable Muy improbable

- a) Estás con tu mejor amigo en una fiesta en la que puedes conocer a gente nueva. Tú realmente quieres conocerlos. Alguien te ofrece fumar hachís juntos. Tu amigo acepta. ¿Y tú?
- b) Estás con el mismo amigo estudiando para un examen importante que tenéis al día siguiente. Los dos os sentís estresados y necesitáis calmaros. Tu amigo sugiere que un cigarrillo podría ayudar y te ofrece uno. ¿Aceptas?
- c) Al día siguiente, los dos aprobáis el examen y creéis que hay que celebrarlo. Os queda algo del dinero de la paga y la tienda de licores está al

lado. ¿Compraría algo de alcohol (cerveza, vino) para celebrarlo?

1

2

3

4

35. **¿Estás de acuerdo con las siguientes descripciones tuyas?**

Marca la respuesta más cercana a tu opinión.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Muy en desacuerdo
a) Creo que tengo muchas buenas cualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A veces pienso que no soy bueno en nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) La mayoría de la gente de mi edad es más lista que yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Soy bastante bueno en deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Me da vergüenza cuando tengo que decir algo en clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Para mis padres es importante que yo esté feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Me preocupo mucho por cosas tontas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) No me suelo poner nervioso por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tengo muchos intereses y aficiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

36. **A continuación hay varias afirmaciones sobre las relaciones con otras personas. Marca la respuesta más cercana a tu opinión.**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No de acuerdo	Muy en desacuerdo
a) Cuando intentan humillarte, deberías hacerles lo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vale la pena que la gente sepa que estás enfadado con ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) La única forma de tratar con los camorristas es hacerles saber quién está al cargo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Siempre hay formas de arreglar los problemas sin llegar a tener que pelear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es mucho mejor perder los estribos que explicar las cosas tranquilamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

37. **Imagina que quisieras hacer las siguientes cosas. ¿Cómo de fácil o de difícil te resultaría? Marca una casilla en cada línea.**

Me gustaría...	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil
a) Decir algo agradable a un amigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pedir un favor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mostrarle a alguien que me gusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Decir "no" cuando me piden que haga algo que no quiero hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pedir ayuda cuando tengo problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ayudar a alguien que necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

