

# 2024 Encuesta de Drogas Para Jóvenes

Una encuesta de jóvenes que evalúa el uso, las percepciones y las actitudes hacia el tabaco, el alcohol, los medicamentos recetados, la marihuana y otras sustancias.



**Fecha de publicación: 12 de septiembre de 2023**

**Angela Allen, MA**

Executive Director, Center for Prevention Services

[allen@preventionservices.org](mailto:allen@preventionservices.org)

**Drew Reynolds, PhD, MSW, MEd**

Principal Consultant, Common Good Data

[drew@commongooddata.com](mailto:drew@commongooddata.com)

© 2023 The Center for Prevention Services. Todos los derechos reservados.

**Encuesta de drogas**  
**Formulario de consentimiento del estudiante**

Esta encuesta pregunta qué piensan los estudiantes sobre el alcohol y las drogas. Solo tardará entre 20 y 25 minutos en completarse. No es necesario que responda esta encuesta si no lo desea.

Esta encuesta tiene riesgos mínimos. Algunas preguntas pueden hacer que se sienta incómodo o molesto. Si tiene algunos de estos sentimientos acerca de la encuesta, puede hablar con un consejero de su escuela.

Esta encuesta es anónima. Sus respuestas no se compartirán con sus padres, sus maestros, su escuela, las fuerzas del orden público (excepto cuando así lo exija la ley o una orden judicial) ni nadie más. No se le preguntará su nombre o fecha de nacimiento. La encuesta le pide cierta información que podría identificarlo indirectamente, como su género, raza, nivel de grado y país de nacimiento. Sin embargo, no se compartirán públicamente las respuestas individuales de los estudiantes. Realizar esta encuesta no afectará sus calificaciones. Realizar esta encuesta no afectará su relación con su maestro o su escuela.

Estás invitado a responder todas las preguntas. Puede omitir cualquier pregunta en cualquier momento. Puede detenerse y retirarse de la encuesta en cualquier momento sin penalización cerrando su navegador de Internet. Si opta por detener la encuesta antes de que se complete, sus respuestas no se utilizarán. Una vez que complete la encuesta, no habrá forma directa de identificar o eliminar sus respuestas.

Esto no es una prueba. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es importante que responda cada pregunta con sinceridad. No ponga su nombre en esta encuesta.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Angela Allen, Directora Ejecutiva del Centro de Servicios de Prevención en [allen@preventionservices.org](mailto:allen@preventionservices.org) o al 704-375-3784 ext. 4654.

Comuníquese con la Junta de Revisión Institucional del IRB de soluciones al 855-226-4472 o [participante@solutionsirb.com](mailto:participante@solutionsirb.com) si tiene preguntas sobre sus derechos como participante del estudio.

**Estoy de acuerdo en participar en la encuesta del estudiante:**

- Sí (CONTINÚE)
- No (NO CONTINÚE -gracias por completar la encuesta)

## La Encuesta es voluntaria

### Como recordatorio:

- Tu participación es voluntaria
  - Todas las preguntas son opcionales. No se requiere ninguna pregunta.
  - Puede omitir cualquier pregunta que desee.
  - Para eliminar su respuesta a una pregunta, seleccione el botón "Restablecer formulario" en la parte inferior de la página para comenzar de nuevo.
  - Puede detenerse y retirarse de la encuesta en cualquier momento sin penalización cerrando su navegador de Internet. Si decide detener la encuesta antes de que se complete, sus respuestas no se utilizarán.
- Entiendo y estoy listo/a para tomar la encuesta. (CONTINÚE)
- No, no quiero realizar la encuesta. (NO CONTINÚE -gracias por completar la encuesta)

1. ¿Cuántos años tienes? (Responda en años) \_\_\_\_\_

2. ¿Qué es tu sexo?

- Hombre       Mujer       Otro/a       Prefiero no responder

3. ¿Cuál es el nombre de tu escuela? \_\_\_\_\_

4. ¿En qué grado escolar estás?       6<sup>to</sup>     7<sup>to</sup>     8<sup>o</sup>     9<sup>o</sup>     10<sup>o</sup>     11<sup>o</sup>     12<sup>o</sup>

5. De las siguientes, ¿cuál describe mejor tu raza o etnia? Nota: puedes escoger más de un grupo.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana      | <input type="checkbox"/> India Americana/Nativa de Alaska         |
| <input type="checkbox"/> Asiática                   | <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente o el Norte de África   |
| <input type="checkbox"/> Blanca                     | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Hispana, Latina o española | <input type="checkbox"/> Otra raza/etnia (especifique) _____      |

Si se selecciona hispana, latina o española:

7a. Seleccionaste que te identificabas como hispano, latino o español. Por favor escoja la nacionalidad que mejor describe tu herencia. Nota: puedes escoger más de una opción.

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mexicana o Mexicana Americana | <input type="checkbox"/> Dominicana   |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueña                | <input type="checkbox"/> Colombiana   |
| <input type="checkbox"/> Cubana                        | <input type="checkbox"/> Guatemalteca |
| <input type="checkbox"/> Salvadoreña                   | <input type="checkbox"/> Hondureña    |
| <input type="checkbox"/> Otra _____                    |                                       |

Si se selecciona asiático:

7b. Seleccionaste que te identificabas como asiático. Por favor escoja la nacionalidad que mejor describe tu herencia. Nota: puedes escoger más de una opción.

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> China          | <input type="checkbox"/> Coreana    |
| <input type="checkbox"/> Filipina       | <input type="checkbox"/> Japonesa   |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita     |                                     |

6. ¿En qué país naciste?

- Los Estados Unidos y los territorios de los Estados Unidos (incluyendo a Puerto Rico)  
 Otro país

Si se seleccionó otro país:

8a. Seleccionaste que naciste en un país fuera de los Estados Unidos. Por favor escoge el país en que naciste.

\_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es el código postal de tu hogar? \_\_\_\_\_

**8. ¿Con quién vives ahora?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre y Padre                                | <input type="checkbox"/> Con mi abuelo o abuela           |
| <input type="checkbox"/> Con madre solamente                          | <input type="checkbox"/> Con un padre de acogida (Foster) |
| <input type="checkbox"/> Con padre solamente                          | <input type="checkbox"/> En un hogar de grupo             |
| <input type="checkbox"/> Con madre o padre y padrastro o<br>madrastra | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____         |

**9. ¿Cuál es el nivel de educación más alto alcanzado por un adulto en tu hogar?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos que escuela secundaria                  | <input type="checkbox"/> Algo de estudio universitario o Associates                         |
| <input type="checkbox"/> Graduado/a de la secundaria o GED             | <input type="checkbox"/> Licenciatura (Bachelor's) o título universitario<br>de cuatro años |
| <input type="checkbox"/> Graduado de escuela vocacional o<br>comercial | <input type="checkbox"/> Estudio de postgrado (Graduate) o profesional                      |

**10. ¿Cuánta supervisión recibes de tus padres/cuidadores a diario?**

- Ninguna    Casi nada    Poca    Mucha    Casi todo el tiempo recibo supervisión

**11. ¿Cuál fue tu calificación promedio el año pasado? Escoja solo una opción.**

- A    B    C    D    F

**12. ¿Cuántos días de falta de asistencia *no justificada* tuviste en el último año?**

- Cero días    1 a 5 días    6 a 10 días    11 a 15 días    más de 16 días

**13. ¿Qué tipos de redes sociales utiliza actualmente? Marque todo lo que corresponda.**

- |                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Facebook  | <input type="checkbox"/> TikTok  |
| <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Twitter |
| <input type="checkbox"/> Snapchat  | <input type="checkbox"/> YouTube |

La siguiente sección hace preguntas sobre los cigarrillos y otros productos de tabaco.

14. ¿Cuántas veces has usado las siguientes sustancias en los últimos 30 días?

	Nunca he usado	Cero veces en los últimos 30 días	1 a 5 veces	6 a 10 veces	11 a 20 veces	21 a 30 veces	Más de 30 veces
Fumado un cigarrillo ya sea en parte o completo?							
Usado cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?							
Usado tabaco para mascar o rapé?							
Fumado puros, minipuros, Black & Mild con tabaco?							
Fumado pipas de agua (hookah/shisha)?							

15. ¿Hay alguna otra persona en tu hogar (además de ti) *con menos de 18 años de edad* que usa productos de tabaco (como cigarrillos, tabaco para mascar, puros, cigarrillos electrónicos, pipas de agua)?

- No  Sí

16. ¿Hay algún adulto en tu hogar *con más de 18 años de edad* que usa productos de tabaco (como cigarrillos, tabaco para mascar, puros, cigarrillos electrónicos, pipas de agua)?

- No  Sí

17. La última vez que usaste cualquier producto de tabaco (como cigarrillos, tabaco para mascar, puros, cigarrillos electrónicos, pipas de agua) **¿cómo lo conseguiste?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado                                  | <input type="checkbox"/> Lo tomé de la casa de un amigo o una amiga |
| <input type="checkbox"/> Mis padres me lo dieron                         | <input type="checkbox"/> Lo compré en una tienda yo misma/o         |
| <input type="checkbox"/> Lo tomé de mi casa                              | <input type="checkbox"/> Lo compré por internet yo misma/o          |
| <input type="checkbox"/> Un amigo o una amiga me lo dieron               | <input type="checkbox"/> Otra persona lo compró para mí             |
| <input type="checkbox"/> Los padres de un amigo o una amiga me lo dieron | <input type="checkbox"/> En una fiesta                              |
|  | <input type="checkbox"/> Otro                                       |

**18. La última vez que usaste cualquier producto de tabaco** (como cigarrillos, tabaco para mascar, puros, cigarrillos electrónicos, pipas de agua) **¿dónde lo usaste?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado                     | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un amigo)      |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con mis padres          | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un particular) |
| <input type="checkbox"/> En mi casa solo/a                  | <input type="checkbox"/> En un carro                           |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con amigos o amigas     | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo escolar        |
| <input type="checkbox"/> En la casa de un amigo o una amiga | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo profesional    |
| <input type="checkbox"/> En un edificio desocupado          | <input type="checkbox"/> En un concierto                       |
| <input type="checkbox"/> En un parque o afuera              | <input type="checkbox"/> En un restaurante, bar, club          |
| <input type="checkbox"/> En una fiesta (mi casa)            | <input type="checkbox"/> Algún otro lugar                      |

**19. ¿Dirías que tus padres/cuidadores tienen reglas claras sobre tu uso de cigarrillos y otros productos de tabaco?**

- No  Sí

**20. ¿Por qué crees tú que los estudiantes fuman o usan otros productos de tabaco? Escoja todas las opciones que aplican.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para verse bien o cool                            | <input type="checkbox"/> Para sentirse bien                 |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse                                    | <input type="checkbox"/> Para divertirse                    |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse socialmente                        | <input type="checkbox"/> Para estudiar mejor                |
| <input type="checkbox"/> Para manejar la presión y el estrés de la escuela | <input type="checkbox"/> Porque no parece peligroso         |
| <input type="checkbox"/> Las fiestas son más divertidas                    | <input type="checkbox"/> Para mejorar el desempeño atlético |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse mejor hacia ellos mismos            | <input type="checkbox"/> Para perder peso                   |
| <input type="checkbox"/> Para manejar los problemas en casa                | <input type="checkbox"/> Por otra razón                     |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse atrevidos/aventureros               |   |

**La siguiente sección hace preguntas sobre el alcohol.**

**21. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces has bebido un trago o más de una bebida de alcohol (como cerveza, vino, licor)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he bebido alcohol           | <input type="checkbox"/> 11 a 20 veces   |
| <input type="checkbox"/> Cero veces en los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> 21 a 30 veces   |
| <input type="checkbox"/> 1 a 5 veces                       | <input type="checkbox"/> Más de 30 veces |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces                      |  |

**If any alcohol use selected:**

**23a. Seleccionaste que habías bebido alcohol en los últimos 30 días. ¿Cuál de los siguientes tipos de alcohol bebiste? Escoja todas las opciones que aplican.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveza  | <input type="checkbox"/> Licor falso (vino de sabores embotellado para parecer un licor fuerte como vodka, tequila y whiskey) |
| <input type="checkbox"/> Vino   | <input type="checkbox"/> Bebidas energéticas con alcohol (como Four Loco, Tilt)   |
| <input type="checkbox"/> Licor/Cóctel (como vodka, ron, whiskey)  |   |
| <input type="checkbox"/> Sidra con Alcohol (Hard Cider)   |   |
| <input type="checkbox"/> Bebidas de malta con sabor (como Smirnoff Ice, Bacardi Silver o Hard Lemonade) |   |

**22. Responda si el género que le asignaron al nacer fue mujer: ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha tomado 4 o más tragos seguidos?**

- Nunca he bebido alcohol
- Cero veces en los últimos 30 días
- 1 a 5 veces
- 6 a 10 veces
- 11 a 20 veces
- 21 a 30 veces
- Más de 30 veces

**24b. Responda si el género que le asignaron al nacer fue hombre: ¿Con qué frecuencia en los últimos 30 días ha tomado 5 o más tragos seguidos?**

- Nunca he bebido alcohol
- Cero veces en los últimos 30 días
- 1 a 5 veces
- 6 a 10 veces
- 11 a 20 veces
- 21 a 30 veces
- Más de 30 veces

**23. La última vez que bebiste una bebida de alcohol (como cerveza, vino, licor) ¿cómo la conseguiste?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca he bebido alcohol                         | <input type="checkbox"/> Lo tomé de la casa de un amigo o una amiga |
| <input type="checkbox"/> Mis padres me lo dieron                         | <input type="checkbox"/> Lo compré en una tienda                    |
| <input type="checkbox"/> Lo tomé de mi casa                              | <input type="checkbox"/> Lo compré por internet                     |
| <input type="checkbox"/> Un amigo o una amiga me lo dieron               | <input type="checkbox"/> Otra persona lo compró para mí             |
| <input type="checkbox"/> Los padres de un amigo o una amiga me lo dieron | <input type="checkbox"/> En una fiesta                              |
|  | <input type="checkbox"/> De otra manera                             |

**24. La última vez que bebiste una bebida de alcohol (como cerveza, vino, licor) ¿dónde la bebiste?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he bebido alcohol            | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un particular)             |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con mis padres          | <input type="checkbox"/> En un carro                                       |
| <input type="checkbox"/> En mi casa solo/a                  | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo escolar                    |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con amigos o amigas     | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo profesional                |
| <input type="checkbox"/> En la casa de un amigo o una amiga | <input type="checkbox"/> En un concierto                                   |
| <input type="checkbox"/> En un edificio desocupado          | <input type="checkbox"/> En un restaurante, bar, club                      |
| <input type="checkbox"/> En un parque o afuera              | <input type="checkbox"/> En una fiesta o evento familiar                   |
| <input type="checkbox"/> En una fiesta (mi casa)            | <input type="checkbox"/> En otra fiesta o evento grande (matrimonio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un amigo)   | <input type="checkbox"/> Algún otro lugar                                  |

**25. ¿Alguna vez bebiste una bebida de alcohol (como cerveza, vino, licor) en un concierto o un festival?**

- No                                       Sí                                       No aplica/nunca he asistido

**26. ¿Alguna vez bebiste una bebida de alcohol (como cerveza, vino, licor) en un evento deportivo profesional (como Panthers, Hornets, NASCAR, NCAA, CIAA)?**

- No                                       Sí                                       No aplica/nunca he asistido

**27. ¿Dirías que tus padres/cuidadores tienen reglas claras sobre tu uso de bebidas de alcohol?**

- No                                       Sí

**28. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces han bebido delante de ti tus padres/cuidadores?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca han bebido alcohol delante de mí | <input type="checkbox"/> 11 a 20 veces   |
| <input type="checkbox"/> Cero veces en los últimos 30 días      | <input type="checkbox"/> 21 a 30 veces   |
| <input type="checkbox"/> 1 a 5 veces                            | <input type="checkbox"/> Más de 30 veces |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces                           |  |

**29. ¿Por qué crees tú que los estudiantes beben alcohol? Escoja todas las opciones que aplican.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Para verse bien o cool                            | <input type="checkbox"/> Para sentirse bien cuando están borrachos |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse                                    | <input type="checkbox"/> Para divertirse                           |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse socialmente                        | <input type="checkbox"/> Para estudiar mejor                       |
| <input type="checkbox"/> Para manejar la presión y el estrés de la escuela | <input type="checkbox"/> Porque no parece peligroso                |
| <input type="checkbox"/> Las fiestas son más divertidas                    | <input type="checkbox"/> Para mejorar el desempeño atlético        |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse mejor hacia ellos mismos            | <input type="checkbox"/> Para perder peso                          |
| <input type="checkbox"/> Para manejar los problemas en casa                | <input type="checkbox"/> Por otra razón                            |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse atrevidos/aventureros               |  |

**La siguiente sección hace preguntas sobre los medicamentos prescritos.**

**30. ¿Tienes actualmente una receta médica para alguna droga o medicamento?**

Un medicamento recetado es una droga o medicina que se despensa legalmente en una farmacia. Algunos ejemplos incluyen los medicamentos para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin), medicamentos para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin), los esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione), las benzodiacepinas o “benzos” (como Valium, Xanax) y los antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro).

- No  Sí

**En caso afirmativo:**

**30a. Dijiste que tienes actualmente una receta médica para alguna droga o medicamento. ¿Qué tipo de medicamento estás tomando? Escoja todas las opciones que aplican.**

- Medicina para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)
- Medicina para el dolor, incluido el fentanilo (p. Ej., Actiq, Duragesic, Fentora y Sublimaze)
- Medicina para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin)
- Esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione “Andros”)
- Benzodiacepinas o “Benzos” (como Valium, Xanax)
- Antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro)
- Otros medicamentos

**31. En los últimos 30 días ¿cuántas veces has usado medicamentos prescritos *que no fueron recetados para ti*?**

Un medicamento recetado es una droga o medicina que se despensa legalmente en una farmacia. Algunos ejemplos incluyen los medicamentos para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin), medicamentos para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin), los esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione), las benzodiacepinas o “benzos” (como Valium, Xanax) y los antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado                    | <input type="checkbox"/> 11 a 20 veces   |
| <input type="checkbox"/> Cero veces en los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> 21 a 30 veces   |
| <input type="checkbox"/> 1 a 5 veces                       | <input type="checkbox"/> Más de 30 veces |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces                      |  |

**Si se selecciona algún uso:**

**31a. Dijiste que has usado medicamentos prescritos que no fueron recetados para ti. ¿Qué tipo de medicamento prescrito usaste? Escoja todas las opciones que aplican.**

- Medicina para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)
- Medicina para el dolor, incluido el fentanilo (p. Ej., Actiq, Duragesic, Fentora y Sublimaze)
- Medicina para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin)
- Esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione “Andros”)
- Benzodiacepinas o “Benzos” (como Valium, Xanax)
- Antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro)
- Otros medicamentos

**32. ¿Alguna vez has dado o has vendido tu medicamento recetado a otra persona?**

- No  Sí

**33. ¿Alguna vez has tomado más medicamento de lo recetado?**

- No  Sí

**34. La última vez que usaste medicamentos prescritos *que no fueron recetados para ti* ¿cómo los conseguiste?**

Un medicamento recetado es una droga o medicina que se despensa legalmente en una farmacia. Algunos ejemplos incluyen los medicamentos para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin), medicamentos para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin), los esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione), las benzodiazepinas o “benzos” (como Valium, Xanax) y los antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca los he usado                          | <input type="checkbox"/> Los padres de un amigo o una amiga me lo dieron |
| <input type="checkbox"/> Mis padres me lo dieron                     | <input type="checkbox"/> Lo compré en una tienda                         |
| <input type="checkbox"/> Lo tomé de mi casa                          | <input type="checkbox"/> Lo compré por internet                          |
| <input type="checkbox"/> Un amigo o una amiga me lo dieron           | <input type="checkbox"/> En una fiesta                                   |
| <input type="checkbox"/> Tomé el medicamento de un amigo o una amiga | <input type="checkbox"/> De otra manera                                  |
| <input type="checkbox"/> Lo tomé de la casa de un amigo o una amiga  |  |

**35. La última vez que usaste medicamentos prescritos *que no fueron recetados para ti* ¿dónde los usaste?**

Un medicamento recetado es una droga o medicina que se despensa legalmente en una farmacia. Algunos ejemplos incluyen los medicamentos para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin), medicamentos para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin), los esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione), las benzodiazepinas o “benzos” (como Valium, Xanax) y los antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca los he usado                 | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un amigo)      |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con mis padres          | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un particular) |
| <input type="checkbox"/> En mi casa solo/a                  | <input type="checkbox"/> En un carro                           |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con amigos o amigas     | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo escolar        |
| <input type="checkbox"/> En la casa de un amigo o una amiga | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo profesional    |
| <input type="checkbox"/> En un edificio desocupado          | <input type="checkbox"/> En un concierto                       |
| <input type="checkbox"/> En un parque o afuera              | <input type="checkbox"/> En un restaurante, bar, club          |
| <input type="checkbox"/> En una fiesta (mi casa)            | <input type="checkbox"/> Algún otro lugar                      |

**36. ¿Dirías que tus padres/cuidadores tienen reglas claras sobre tu uso de medicamentos prescritos *que no fueron recetados para ti*?**

Un medicamento recetado es una droga o medicina que se despensa legalmente en una farmacia. Algunos ejemplos incluyen los medicamentos para el dolor (como Hydrocodone, OxyContin, Vicodin), medicamentos para déficit de atención o ADD/ADHD (como Adderall, Ritalin), los esteroides (como Cortisona, Prednisolone, Androstenedione), las benzodiazepinas o “benzos” (como Valium, Xanax) y los antidepresivos (como Zoloft, Prozac, Celexa, Lexapro).

- No  Sí

**37. ¿Por qué crees tú que los estudiantes usan medicamentos prescritos que no fueron recetados para ellos? Escoja todas las opciones que aplican.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para verse bien o cool                            | <input type="checkbox"/> Para sentirse bien                 |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse                                    | <input type="checkbox"/> Para divertirse                    |
| <input type="checkbox"/> Para relajarse socialmente                        | <input type="checkbox"/> Para estudiar mejor                |
| <input type="checkbox"/> Para manejar la presión y el estrés de la escuela | <input type="checkbox"/> Porque no parece peligroso         |
| <input type="checkbox"/> Las fiestas son más divertidas                    | <input type="checkbox"/> Para mejorar el desempeño atlético |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse mejor hacia ellos mismos            | <input type="checkbox"/> Para perder peso                   |
| <input type="checkbox"/> Para manejar los problemas en casa                | <input type="checkbox"/> Por otra razón                     |
| <input type="checkbox"/> Para sentirse atrevidos/aventureros               |   |

**La siguiente sección hace preguntas sobre la marihuana.**

**38. En los últimos 30 días ¿cuántas veces has usado marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado marihuana          | <input type="checkbox"/> 11 a 20 veces   |
| <input type="checkbox"/> Cero veces en los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> 21 a 30 veces   |
| <input type="checkbox"/> 1 a 5 veces                       | <input type="checkbox"/> Más de 30 veces |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 veces                      |  |

**Si seleccionó algún uso de marihuana:**

**41a. Dijiste que habías usado marihuana en los últimos 30 días. ¿Cómo la usaste? Escoja todas las opciones que aplican.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La fumé                                      | <input type="checkbox"/> En una pipa de agua o hookah/shisha   |
| <input type="checkbox"/> THC de un vaporizador/cigarrillo electrónico | <input type="checkbox"/> Marihuana sintética (inciensos herbales, K2, Spice, King Kong, Yucatan Fire, Skunk) |
| <input type="checkbox"/> CBD de un vaporizador/cigarrillo electrónico | <input type="checkbox"/> De otra manera  |
| <input type="checkbox"/> Aceite de cannabis                           |  |
| <input type="checkbox"/> En comestibles                               |  |

**39. La última vez que usaste marihuana (hachís, porro, cannabis, weed, THC/CBD), ¿cómo la conseguiste?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado marihuana                        | <input type="checkbox"/> La tomé de la casa de un amigo o una amiga |
| <input type="checkbox"/> Mis padres me la dieron                         | <input type="checkbox"/> La compré en una tienda                    |
| <input type="checkbox"/> La tomé de mi casa                              | <input type="checkbox"/> La compré por internet                     |
| <input type="checkbox"/> Un amigo o una amiga me la dieron               | <input type="checkbox"/> En una fiesta                              |
| <input type="checkbox"/> Los padres de un amigo o una amiga me la dieron | <input type="checkbox"/> De otra manera                             |

**40. La última vez que usaste marihuana (hachís, porro, cannabis, weed, THC/CBD), ¿dónde la usaste?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca he usado marihuana           | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un amigo)      |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con mis padres          | <input type="checkbox"/> En una fiesta (casa de un particular) |
| <input type="checkbox"/> En mi casa solo/a                  | <input type="checkbox"/> En un carro                           |
| <input type="checkbox"/> En mi casa con amigos o amigas     | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo escolar        |
| <input type="checkbox"/> En la casa de un amigo o una amiga | <input type="checkbox"/> En un evento deportivo profesional    |
| <input type="checkbox"/> En un edificio desocupado          | <input type="checkbox"/> En un concierto                       |
| <input type="checkbox"/> En un parque o afuera              | <input type="checkbox"/> En un restaurante, bar, club          |
| <input type="checkbox"/> En una fiesta (mi casa)            | <input type="checkbox"/> Algún otro lugar                      |

**41. ¿Hay alguna otra persona en tu hogar (además de ti) con menos de 18 años de edad que fuma marihuana (hachís, porro, cannabis, weed, THC/CBD)?**

- No  Sí

**42. ¿Hay algún adulto en tu hogar con más de 18 años de edad que fuma marihuana (hachís, porro, cannabis, weed, THC/CBD)?**

- No  Sí

**43. ¿Dirías que tus padres/cuidadores tienen reglas claras sobre tu uso de la marihuana (hachís, porro, cannabis, weed, THC/CBD)?**

No

Sí

**44. ¿Por qué crees tú que los estudiantes usan la marihuana? Escoja todas las opciones que aplican.**

Para verse bien o cool

Para relajarse

Para relajarse socialmente

Para manejar la presión y el estrés de la escuela

Las fiestas son más divertidas

Para sentirse mejor hacia ellos mismos

Para manejar los problemas en casa

Para sentirse atrevidos/aventureros

Para sentirse bien

Para divertirse

Para estudiar mejor

Porque no parece peligroso

Para mejorar el desempeño atlético

Para perder peso

Por otra razón

La siguiente sección hace preguntas sobre tus experiencias y tus opiniones.

45. En la siguiente tabla, marca con qué frecuencia has usado cada sustancia en los últimos 30 días, si es que la usas.

	Nunca he usado	Cero veces en los últimos 30 días	1 a 5 veces	6 a 10 veces	11 a 20 veces	21 a 30 veces	Más de 30 veces
<b>Cocaína</b> (polvo, rocas, nieve, crack, freebase)							
<b>Metanfetaminas</b> (anfetetas, meta, tiza, cristal, speed, crystal, crack, ice)							
<b>Medicina para el dolor sin receta médica</b> (por ejemplo, hidrocodona, OxyContin, Vicodin)							
<b>Medicina para el dolor, incluido el fentanilo, sin receta médica.</b> (por ejemplo, Actiq, Duragesic, Fentora y Sublimaze)							
<b>Inhalantes</b> (pegamento, pintura o spray, aerosoles)							
<b>Alucinógenos</b> (hongos campestres, etiquetas, acido, dosis, LSD, salvia)							
<b>Heroína</b> (goma, caballo, smack, junk, China White)							
<b>Éxtasis</b> (rola, pepa, abrazo, E, X, molly, MDMA)							
<b>Paneotropines</b>							
<b>Drogas sintéticas</b> (bath salts, flakka)							
<b>Medicamentos sin receta médica para drogarse</b> (sizzurp, Robo, Tussin, Dex, skittles, Triple C's)							

**46. ¿Alguna vez has usado cualquiera de las siguientes sustancias?**

	Escoja "Nunca he usado" o "He usado"		Si lo usaste, ¿a qué edad (en años) lo usaste por primera vez?											
	Nunca he usado	He usado	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Productos de tabaco:</b> cigarrillos														
<b>Productos de tabaco:</b> cigarrillos electrónicos, pipas de agua electronicos, pluma vape, JUUL														
<b>Productos de tabaco:</b> tabaco para mascar, puros, pipas de agua														
<b>Alcohol</b> (como cerveza, vino, licor)														
<b>Marihuana</b> (hachís, porro, hierba, capullos, cannabis, grass, pot, weed, THC/CBD)														
<b>Cocaína</b> (polvo, rocas, nieve, crack, freebase)														
<b>Benzodiacepinas</b> (como Klonopin, Xanax, Valium)														
<b>Estimulantes sin receta médica</b> (como Adderall, Ritalin, Concerta)														
<b>Metanfetaminas</b> (anfetas, meta, tiza, cristal, speed, crystal, crack, ice)														
<b>Medicina para el dolor sin receta médica</b> (por ejemplo, hidrocodona, OxyContin, Vicodin)														
<b>Medicina para el dolor, incluido el fentanilo, sin receta médica.</b> (por ejemplo, Actiq, Duragesic, Fentora y Sublimaze)														
<b>Marijuana sintética</b> (inciensos herbales, K2, Spice, King Kong, Yucatan Fire, Skunk)														
<b>Inhalantes</b> (pegamento, pintura o spray, aerosoles)														
<b>Bebidas energéticas con alcohol</b> (Four Loco, Tilt)														
<b>Alucinógenos</b> (hongos campestres, etiquetas, acido, dosis, LSD, salvia)														
<b>Heroína</b> (goma, caballo, smack, junk, China White)														
<b>Éxtasis</b> (rola, pepa, abrazo, E, X, molly, MDMA, TACHAS)														
<b>Paneotropines</b>														
<b>Esteroides en píldora o inyectados sin receta medica</b>														
<b>Medicamentos recetados para el dolor</b> (como codeine, OxyContin, Vicodin, Hydrocodone, Percocet)														
<b>Drogas sintéticas</b> (bath salts, flakka)														
<b>Medicamentos sin receta médica para drogarse</b> (sizzurp, Robo, Tussin, Dex, skittles, Triple C's)														

47. ¿Qué tan fácil sería para ti conseguir las siguientes sustancias?

	No se consigue	Un poco difícil	Un poco fácil	Muy fácil	No sé
Cigarrillos					
Cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs					
Otros productos de tabaco (cigarros, hookah/shisha)					
Alcohol (cerveza, vino, licor)					
Marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)					
Medicamentos prescritos no recetados para ti (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)					
Otras drogas					

48. ¿Qué tan malo sienten tus padres que sería si tu:

	Para nada malo	Un poco malo	Malo	Muy malo
Fumas cigarrillos?				
Usas cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?				
Usas otros productos de tabaco (cigarros, hookah)?				
Tomas 1 o 2 bebidas de alcohol (cerveza, vino, licor) casi todos los días?				
Tomas 5 bebidas o más de alcohol (cerveza, vino, licor) una o dos veces por semana?				
Fumas marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?				
Usas medicamentos prescritos no recetados para ti (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)?				
Usas otras drogas?				

49. ¿Qué tan malo sienten tus amigos que sería si tu:

	Para nada malo	Un poco malo	Malo	Muy malo
Fumas cigarrillos?				
Usas cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?				
Usas otros productos de tabaco (cigarros, hookah)?				
Tomas 1 o 2 bebidas de alcohol (cerveza, vino, licor) casi todos los días?				
Tomas 5 bebidas o más de alcohol (cerveza, vino, licor) una o dos veces por semana?				
Fumas marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?				
Usas medicamentos prescritos no recetados para ti (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)?				
Usas otras drogas?				

50. ¿Cuánto crees que las personas se arriesgan a hacerse daño (físicamente o de otras maneras) si hacen lo siguiente:

	Ningún riesgo	Un poco de riesgo	Riesgo moderado	Alto riesgo
Fuman un paquete o más de cigarrillos al día?				
Usan cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?				
Usan otros productos de tabaco (cigarros, hookah)?				
Toman 1 o 2 bebidas de alcohol (cerveza, vino, licor) casi todos los días?				
Tomas 5 bebidas o más de alcohol (cerveza, vino, licor) una o dos veces por semana?				
Fuman marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?				
Usan medicamentos prescritos no recetados para ellos (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)?				
Usan otras drogas?				

51. ¿Qué porcentaje de estudiantes en tu escuela piensas tu que...

	0	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Fuman cigarrillos?											
Usan cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?											
Usan otros productos de tabaco (cigarros, hookah)?											
Toman 1 o 2 bebidas de alcohol (cerveza, vino, licor) casi todos los días?											
Tomas 5 bebidas o más de alcohol (cerveza, vino, licor) una o dos veces por semana?											
Fuman marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?											
Usan medicamentos prescritos no recetados para ellos (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)?											
Usan otras drogas?											

52. ¿Cuántos de tus amigos...

	Ninguno/a	Algunos	Varios	Muchos	Todos
Fuman cigarrillos?					
Usan cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos/e-hookah/vaporizadores/vape pen), incluyendo los JUULs?					
Usan otros productos de tabaco (cigarros, hookah)?					
Beben alcohol (cerveza, vino, licor)?					
Fuman marihuana (hachís, porro, cannabis, weed)?					
Usan medicamentos prescritos no recetados para ellos (como Ritalin, Hydrocodone, OxyContin, Vicodin)?					
Usan otras drogas?					

Muchas gracias por completar la encuesta.