

## Cuestionario EU-DAP

<b>USO INTERNO (EVALUADOR)</b>
Nombre del evaluador:
Establecimiento educacional:
Curso y letra:
Nombre alumno:
RUT alumno:
Fecha de hoy:

<b>NOMBRE COMPLETO:</b>							
<b>EDAD:</b>							
<b>¿En qué país naciste?</b>							
<input type="checkbox"/> Chile	<input type="checkbox"/> Perú	<input type="checkbox"/> Haití	<input type="checkbox"/> Otro:				
<input type="checkbox"/> Venezuela	<input type="checkbox"/> Bolivia	<input type="checkbox"/> Colombia					
<b>¿En qué día naciste?</b>							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 29
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 31
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 28	
<b>¿En qué mes naciste?</b>							
<input type="checkbox"/> Enero	<input type="checkbox"/> Abril	<input type="checkbox"/> Julio	<input type="checkbox"/> Octubre				
<input type="checkbox"/> Febrero	<input type="checkbox"/> Mayo	<input type="checkbox"/> Agosto	<input type="checkbox"/> Noviembre				
<input type="checkbox"/> Marzo	<input type="checkbox"/> Junio	<input type="checkbox"/> Septiembre	<input type="checkbox"/> Diciembre				
<b>¿En qué año naciste?</b>							
<input type="checkbox"/> 2002	<input type="checkbox"/> 2005	<input type="checkbox"/> 2008	<input type="checkbox"/> 2011				
<input type="checkbox"/> 2003	<input type="checkbox"/> 2006	<input type="checkbox"/> 2009	<input type="checkbox"/> 2012				
<input type="checkbox"/> 2004	<input type="checkbox"/> 2007	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2013				

**INSTRUCCIONES:** Marca con una **X** la alternativa que mejor se adapte a ti. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

**1. Sexo:**

- Hombre  
 Mujer

**2. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has fumado CIGARRILLOS EN TODA TU VIDA?**

- 0 veces  
 1 – 2 veces  
 3 – 5 veces  
 6 – 9 veces  
 10 – 19 veces  
 20- 29 veces  
 30 o más veces

**3. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has fumado CIGARRILLOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- 0 veces  
 1 – 2 veces  
 3 – 5 veces  
 6 – 9 veces  
 10 – 19 veces  
 20- 29 veces  
 30 o más veces

**4. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has fumado CIGARRILLOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- 0 veces  
 1 – 2 veces  
 3 – 5 veces  
 6 – 9 veces  
 10 – 19 veces  
 20- 29 veces  
 30 o más veces

**5. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, has consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN TODA TU VIDA?**

- 0 veces  
 1 – 2 veces  
 3 – 5 veces  
 6 – 9 veces  
 10 – 19 veces  
 20- 29 veces  
 30 o más veces

**6. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, has consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**7. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, has consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**8. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, te has EMBORRACHADO por tomar bebidas alcohólicas EN TODA TU VIDA?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**9. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, te has EMBORRACHADO por tomar bebidas alcohólicas EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**10. ¿Cuántas veces, si es que ha ocurrido, te has EMBORRACHADO por tomar bebidas alcohólicas EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**11. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has tomado 4 VASOS DE ALCOHOL en un par de horas?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**12. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has tomado 5 VASOS DE ALCOHOL en un par de horas?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**13. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has consumido MARIHUANA EN TODA TU VIDA?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**14. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has consumido MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**15. ¿Cuántas veces, si es que lo has hecho, has consumido MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

- 0 veces
- 1 – 2 veces
- 3 – 5 veces
- 6 – 9 veces
- 10 – 19 veces
- 20- 29 veces
- 30 o más veces

**16. ¿Has consumido 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 o sedantes (sin receta 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) Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Pasta Base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Cigarrillos electrónicos (Vaper, Juul, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. ¿Qué probabilidad hay de que te ocurran las siguientes cosas si fumaras 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/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Volverme adicto/a	<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/a	<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/a de ti mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a) A los estudiantes de mi curso les gusta estar juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) La mayoría de la gente de mi curso 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 va en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Respeto mucho lo que me dicen los profesores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Muy probable	Probable	Poco probable	Muy poco probable
a) Que me vaya mal en el colegio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meterme en problemas con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tener problemas con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Volverme adicto/a	<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/a	<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/a de ti mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. ¿Qué probabilidad hay que te ocurran estas cosas si consumes MARIHUANA 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 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 problemas con mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tener problemas con mis amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Volverme adicto/a	<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/a	<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/a de ti mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Ninguno	Menos de la mitad	La mitad	Más de la mitad	Todos ellos
a) ¿Cuántos fuman cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Cuántos beben alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cuántos se emborrachan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Cuántos consumen marihuana u otras drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. 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	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a) Experimentar con drogas es perder el control de tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Una persona joven (menor de 18 años) nunca debería probar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Todo el mundo que prueba las drogas se arrepiente con el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Las leyes sobre drogas deberían ser más duras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) El consumo de drogas es uno de los mayores males del país	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Las escuelas deberían explicar los verdaderos peligros de consumir drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hay muchas cosas más peligrosas que probar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Las drogas ayudan a que la gente tenga una vida completamente feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Consumir drogas puede ser una actividad agradable	<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) Consumir drogas es divertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. ¿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, destilados)	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Inhalar sustancias	<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"/>

**24. Cuando respondas esta pregunta, piensa en gente de tu edad. Marca una casilla en cada línea.**

	Ninguno	Menos de la mitad	La mitad	Más de la mitad	Todos ellos
a) ¿Cuántos fuman cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Cuántos beben alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Cuántos se emborrachan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Cuántos consumen marihuana u otras drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. ¿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, por consumir drogas	Sí, por razones distintas a tomar alcohol o consumir drogas
a) Discusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Pelea	<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/as	<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) Malas notas en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Víctima de robo o hurto	<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"/>

**26. ¿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
a) Fuma cigarros de forma ocasional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fuma una o más cajetillas de cigarros al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Toma una o dos bebidas alcohólicas casi todas las semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Toma alcohol todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prueba sustancias inhalantes una o dos veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Prueba marihuana una o dos veces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fuma marihuana de forma regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Usa otras drogas ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**27. Hay varias formas posibles de tomar decisiones ¿Cómo se adaptan a ti las siguientes? Marca la respuesta más cerca de tu opinión.**

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	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) Evalúo 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/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28. 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	Poco probable	Muy poco probable
a) Estás con tu mejor amigo/a en una fiesta en la que puedes conocer a gente nueva. Tú realmente quieres conocerlos. Alguien te ofrece fumar marihuana juntos. Tu amigo/a acepta. ¿Y tú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Estás con el mismo amigo/a estudiando para un examen importante que tienen al día siguiente. Los dos están estresados y necesitan calmarse. Tu amigo/a sugiere que un cigarro podría ayudar y te ofrece uno. ¿Aceptas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Al día siguiente, los dos aprueban el examen y creen que hay que celebrarlo. Les queda algo de dinero y la botillería está al lado. ¿Comprarían algo de alcohol (cerveza, vino, destilados) para celebrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**29. Responde las siguientes preguntas pensando en cómo te sentiste o comportaste en los ÚLTIMOS 2 MESES. Marca una casilla en cada línea.**

	Falso	Medianamente verdadero	Muy verdadero
1) Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Normalmente comparto con otros mis juegos, lápices, útiles, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ayudo a alguien si se lastima, está triste o se siente mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Estoy todo el tiempo inquieto, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Tengo al menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Peleo mucho. Y muchas veces lo hago para obtener lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Me siento a menudo, triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Por lo general, le caigo bien a los otros niños/as de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mi mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) A menudo me acusan de mentir o hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Otros niños de mi edad me molestan o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) A menudo ofrezco ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Me llevo mejor con los adultos que con otros niños/as de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡Muchas Gracias por responder!**