

Edad:

Género:

- Masculino
- Femenino
- Otro

Lugar de residencia:

- España
- Fuera de España

Nivel de estudios:

- **Sin estudios** o estudios **primarios incompletos** (menos de 6 años o cursos de primaria aprobados)
- Estudios **primarios completos** (6º EGB aprobado, certificado de escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados)
- Estudios **secundarios 1ª etapa** (8º EGB aprobado, graduado escolar, bachillerato elemental, formación profesional de 1º grado o ciclos formativos de grado medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados)
- Estudios **secundarios 2ª etapa** (BUP, bachillerato superior, bachillerato LOGSE, bachillerato LOMCE, COU, PREU, formación profesional 2º grado o ciclos formativos de grado superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados)
- Estudios **universitarios medios** (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica, grado)
- Estudios **universitarios superiores** (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado, master)
- Ns/Nc

¿Cuál es su situación laboral?

- Trabaja sólo en las tareas de casa
- Trabaja (sin incluir tareas de casa)
- Está en paro
- Es pensionista o está jubilado

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Separado/a o divorciado/a
- Viudo/a

¿Consume tabaco de forma habitual?

- Tabaco:
 - Sí
 - Cantidad de cigarrillos al día:

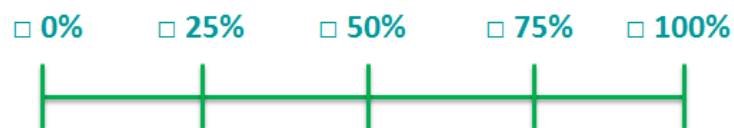
- Edad de inicio del consumo regular:
 - No
- Alcohol:
 - ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - Nunca
 - Una o menos de una vez al mes
 - 2 a 4 veces al mes
 - 2 o 3 veces a la semana
 - 4 o más veces a la semana
 - ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7 a 9
 - 10 o más
 - ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
- ¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales?
 - Si
 - No
- ¿Consumes alguna de las siguientes sustancias ilegales?

Sustancia	He consumido o he tenido consumos puntuales	Consumo o tengo consumos puntuales
Cocaína		
Opioides		
Anfetaminas		
LSD		
Sedantes sin prescripción médica (lexatin, frankimazín, ofidal, valium, tranxilium, stilnox, noctamid)		

- ¿En cuántas ocasiones en los últimos 12 meses?

A continuación le vamos a hacer una serie de preguntas referentes a su consumo de cannabis.

- ¿Cuántos días ha consumido cannabis en **el último mes**?
 - Especificar:
- En un día de consumo...
 - ¿Cuántos euros se gasta?
 - 1 €
 - 2 €
 - 3 €
 - 4 €
 - Más, especificar:
 - ¿Cuántos gramos consume?
 - 0,25 gr
 - 0,50 gr
 - 0,75 gr
 - 1 gr
 - Más, especificar:
 - ¿Cuántos porros fuma?
 - 1 porro
 - 2 porros
 - 3 porros
 - 4 porros
 - Más, especificar:
- ¿Qué tipo de cannabis consume habitualmente?
 - Hachís (chocolate, piedra...)
 - Marihuana (maría, hierba)
 - Otros. Especificar:
- Cuando se líe el porro, ¿qué porcentaje del mismo es tabaco?



- ¿Cuál es su forma preferente para obtener cannabis?
 - Asociación de usuarios de cannabis
 - Cultivo propio
 - Vendedor (camello)
 - Otros. Especificar:
- ¿Cómo suele consumir el cannabis?
 - Fumado
 - Ingerido
 - Otros. Especificar:
- ¿A qué edad consumió su primer porro?
 - Especificar:

- ¿A qué edad empezó a consumir regularmente?
 - Especificar:
- ¿Ha recibido o está en tratamiento por alguna de las siguientes sustancias?

	Sí	No
Alcohol		
Cocaína		
Cannabis		
Heroína		
Otras:		
No		

A continuación le vamos a preguntar acerca del estado de su salud mental.

1.

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

Trastornos Depresivos (en caso de que la conteste afirmativo (1, 2 o 3) en las dos preguntas de la tabla anterior) – PHQ-9. Preguntar entero:

Señale con qué frecuencia, en los últimos 15 días, se ha sentido molesto debido a los siguientes problemas.	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido triste, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
Se ha sentido cansado/a o con poca energía	0	1	2	3

Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo/a, o ha sentido que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia.	0	1	2	3
Ha sentido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
Se ha movido o hablado tan lento que otros podrían haberlo notado, o por el contrario, ha estado tan inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	0	1	2	3
Ha pensado que estaría mejor muerto/a, o ha tenido pensamientos de herirse a sí mismo/a de algún modo.	0	1	2	3

2.

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o muy alterado(a)	0	1	2	3
2. No ha podido dejar de preocuparse o controlar la preocupación	0	1	2	3

Trastornos de ansiedad (en caso de que la conteste afirmativo (1, 2 o 3) en las dos preguntas de la tabla anterior) – GAD-7. Preguntar entero:

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días.	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o muy alterado/a	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse o controlar la preocupación	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3

Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto/a	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo o preocupación, como si fuese a suceder algo terrible.	0	1	2	3

- 3. ¿Alguna vez en la vida le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? Puede seleccionar más de una opción de respuesta.**

Trastorno depresivo

(Depresión mayor, distimia...)

Trastorno de ansiedad (t. ansiedad generalizada, t. de pánico, agorafobia, fobia específica, fobia social, t. estrés postraumático...)

Trastorno psicótico (esquizofrenia, t. psicótico breve, trastorno delirante, t. esquizoafectivo...)

Trastorno bipolar (episodio maníaco, ep. hipomaníaco, t. bipolar tipo I, tipo II, ciclotimia...)

Otros: especificar:

No

- 4. En el último año, ¿Ha jugado a juegos de azar o ha participado en apuestas? (apuestas deportivas o de otro tipo, máquinas tragaperras, juegos online...)**
- Sí
 - No

Juego patológico (en caso de afirmativo en pregunta 3) – CAD-4. Preguntar todas las 4 cuestiones siguientes:

- Ha tenido usted la sensación de que debería reducir su conducta de juego?**
 - Sí
 - No
- ¿Niega u oculta su verdadera conducta de juego ante las posibles críticas de los demás sobre sus supuestos excesos?**
 - Sí
 - No
- ¿Ha tenido usted problemas psicológicos, familiares, económicos o laborales a causa del juego?**
 - Sí
 - No
- ¿Se siente con frecuencia impulsado irremediamente a jugar a pesar de sus problemas?**

- a. Sí
- b. No

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación?

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Nunca/Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre/Casi siempre
1. ¿Ha pensado que no podía controlar su consumo de cannabis?				
2. ¿Le ha preocupado o puesto nervioso/a la posibilidad de que le pudiera faltar un porro?				
3. ¿Se ha sentido preocupado/a por su consumo de cannabis?				
4. ¿Ha deseado poder dejarlo?				

En los últimos 12 meses, ¿hasta qué punto le ha sido difícil dejar o estar sin consumir cannabis?

- ☐ Nada difícil
- ☐ Bastante difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ Imposible

A continuación vamos a preguntarle acerca del estado de su salud física.

¿Ha sufrido usted alguna de las siguientes enfermedades o estados de salud?

	SI	NO
Enfermedad del corazón, enfermedad coronaria, ataque al corazón		
Bronquitis crónica / Enfisema		
Infecciones respiratorias, tos, insuficiencia respiratoria		
Migraña (dolores de cabeza frecuentes)		
Problemas de sueño		
Enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC)		
Gastritis o úlcera		

Vómitos y diarrea		
Tumores/Cáncer (incluyendo cáncer en la sangre)		
Otros (especifique):		

DIFICULTAD RESPIRATORIA (DISNEA)

- En los últimos 30 días, ¿qué tanta dificultad tuvo para:
 - Respirar en reposo?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema
 - Respirar al hacer ejercicios leves, como subir 20 metros cuesta arriba o un tramo de escaleras (como 12 escalones)?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema
 - Debido a la tos o a silbidos en el pecho durante 10 minutos?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema

SUEÑO

- En una noche cualquiera, ¿cuántas horas duerme usualmente? _____
- En los últimos 30 días, ¿Qué tan a menudo tuvo problemas para quedarse dormido/a, porque se despertaba varias veces durante la noche, o porque se despertaba demasiado temprano por la mañana?
 - En ningún momento
 - Algunas veces
 - Una buena parte del tiempo
 - La mayoría del tiempo
 - Todo el tiempo

COMPRENSIÓN E INTERACCIÓN

- En los últimos 30 días, ¿qué tanta dificultad tuvo:
 - Para concentrarse o hacer algo durante 10 minutos?

- Ninguna
- Poca
- Moderada
- Severa
- Extrema/No lo pudo hacer
- Para recordar cosas importantes por hacer?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema/No lo pudo hacer
- Para analizar y solucionar problemas en la vida diaria?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema/No lo pudo hacer
- Para aprender algo nuevo, por ejemplo, aprender a llegar a un nuevo lugar?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema/No lo pudo hacer

DESTREZA Y ACTIVIDAD MOTORA FINA

- En los últimos 30 días, ¿qué tanta dificultad tuvo al usar sus manos y dedos, como por ejemplo para recoger pequeños objetos o para abrir o cerrar frascos?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema/No lo pudo hacer

SITUACIÓN LABORAL O ESCOLAR

Ahora me gustaría preguntarle acerca de las limitaciones que puede tener debido a su salud física y emocional, en el tipo de actividad que usted realiza, ya sea como empleado, trabajador independiente, estudiante o voluntario. Al responder me gustaría que pensara en los últimos 30 días.

- En los últimos 30 días, ¿qué tanta dificultad tuvo en:
 - Su trabajo diario?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa

- Extrema/No lo pudo hacer
- Para terminar todo el trabajo que necesitaba hacer?
 - Ninguna
 - Poca
 - Moderada
 - Severa
 - Extrema/No lo pudo hacer
- En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue incapaz de ir a trabajar?
 - Registre el nº de días _____

A continuación le vamos a preguntar sobre las lesiones o accidentes que puede haber sufrido.

- ¿Ha sufrido algún accidente de tráfico?

- Sí
- No

¿Había consumido cannabis durante las 6 horas antes del accidente?

Sí

No

¿Fue usted considerado el/la responsable del accidente?

- Sí
- No

- ¿Ha vivido alguna de las siguientes situaciones en su núcleo familiar?

- Enfados con violencia verbal (insultos, alzar la voz, etc.)
- Enfados con violencia física
- No
- Otras, especificar

- ¿Quién ha ejercido violencia física?

- Padre/madre sobre usted
- Pareja sobre usted
- Hijo/s sobre usted
- Usted sobre su padre/madre
- Usted sobre su pareja
- Usted sobre sus hijo/s
- Otras, especificar

- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño a sí mismo/a?

- Sí
- No

- ¿Alguna vez los ha tratado de llevar a cabo?

- Sí
- No

