

Cuestionario Autorrellenable

N° DE ENTREVISTA

COMUNIDAD AUTÓNOMA

PROVINCIA

MUNICIPIO

DISTRITO

SECCIÓN

TAMAÑO DE HABITAT

N° DE HOGAR EN LA RUTA

N° DE ENTREVISTADOR

N° DE RUTA



ALCOHOL

Marque con una "X" la casilla correspondiente a su respuesta

A1. ¿Ha tomado usted, alguna vez, aunque fuera sólo una vez, cualquier clase de bebida alcohólica?

SÍ, ALGUNA VEZ HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

A2. ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó cualquier clase de bebida alcohólica?. No incluya sorbos de la bebida de otra persona. Si Vd. no puede recordar exactamente que edad tenía, indique una edad aproximada. Ponga los años que tenía sobre la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------

A3. Piense acerca de la última vez que Vd. tomó cualquier tipo de bebida alcohólica. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que tomó una bebida alcohólica?

MENOS DE 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
MÁS DE UN MES, PERO MENOS DE 12 MESES	<input type="checkbox"/>
MÁS DE UN AÑO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>

A4. Ahora piense en los últimos 12 meses. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses tomó Vd. una bebida alcohólica?

TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	MENOS DE UN DÍA POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
5 Ó 6 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
3 Ó 4 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>		
1 Ó 2 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

A5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días se emborrachó?

TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA ME EMBORRACHÉ	<input type="checkbox"/>
5 Ó 6 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>		
3 Ó 4 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>		
1 Ó 2 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>		
1 A 3 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
UN DÍA CADA DOS O TRES MESES	<input type="checkbox"/>		
UNO O DOS DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

A6. Piense específicamente en los últimos 30 días. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas?. Ponga sobre la línea el número de días.

_____ DÍAS

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta

A7. En los días que Vd. tomó alcohol durante los últimos 30 días, ¿cuántas bebidas se tomaba de costumbre?. Nuevamente, acuérdesse de contar como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champaña, o jerez, un trago de licor o un combinado. Ponga sobre la línea el número de bebidas.

_____ BEBIDAS

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

A8. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomó usted cinco o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión?. "Ocasión" quiere decir la misma vez o dentro de un par de horas de diferencia entre una bebida y las otras. Ponga sobre la línea el número de días.

_____ DÍAS

NO HE TOMADO 5 Ó MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN NINGÚN DÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SÓLAMENTE A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

A9. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

DÍAS LABORABLES (LUNES A JUEVES)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMUT	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES
TODOS LOS DÍAS LABORABLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UN DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO ESE TIPO DE BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FINES DE SEMANA (V. S. D.)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMUT	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES
TODOS LOS FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO ESE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta

A10. Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, que cantidad ha consumido: (entrevistador anotar la cantidad de las bebidas consumidas según A9).

- los días laborables (lunes, martes, miércoles, jueves) indicar cantidad por día.
- los fines de semana (viernes, sábado, domingo) indicar cantidad para conjunto de fin de semana.

(Si bebe de botellas o recipientes con capacidad distinta a los vasos o copas, indique aproximadamente el número de vasos o copas a que equivale lo que bebe. Tenga en cuenta que un litro de cerveza equivale aproximadamente a 5 vasos o cañas y un litro de vino a 10 vasos o copas).

DÍAS LABORABLES (L.M.X.J.)	CANTIDAD DURANTE UN DÍA LABORABLE (L.M.X.J.)
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN	_____
NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA	_____
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMUT, JEREZ, FINOS,...)	_____
NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA..)	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY..)	_____
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	_____
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	_____
FIN DE SEMANA (V. S. D.)	CANTIDAD DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO (V. S. D.)
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN	_____
NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA	_____
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMUT, JEREZ, FINOS,...)	_____
NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA..)	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY..)	_____
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	_____
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	_____

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta
VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS.
SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR
CONTINUE EL CUESTIONARIO

T A B A C O

Marque con una "X" la casilla correspondiente a su respuesta

T1. ¿Ha fumado Vd. alguna vez, un cigarrillo u otro tipo de tabaco aunque fueran sólo una o dos caladas?

SÍ, HE FUMADO UN CIGARRILLO ALGUNA VEZ, POR LO MENOS UNA O DOS CALADAS

NO, NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T2. ¿Qué edad tenía Vd. cuando fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco por primera vez aunque fuera sólo una o dos caladas?. Ponga los años que tenía sobre la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T3. Desde que fumó por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha fumado cigarrillos u otro tipo de tabaco?

MÁS DE SEIS MESES EN MI VIDA

ENTRE UN MES Y SEIS MESES

MENOS DE 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Vd. fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

MENOS DE 30 DÍAS

MÁS DE UN MES PERO MENOS DE 12 MESES

MÁS DE UN AÑO

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T5. Piense específicamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?. Ponga sobre la línea el número de días.

_____ DÍAS

NO HE FUMADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T6. Dentro de los últimos 30 días, por término medio, ¿qué número de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba?. (Anotar el número medio)

CIGARRILLOS: _____

PUROS: _____

PIPAS: _____

NO HE FUMADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

T7. ¿Ha habido, alguna vez, un período en su vida en que Vd. haya fumado todos los días?

SÍ, ALGUNA VEZ HE FUMADO TODOS LOS DÍAS

NO HE FUMADO EN NINGUNA OCASIÓN TODOS LOS DÍAS

NUNCA HE FUMADO

T8. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar todos los días?. Ponga sobre la línea los años que tenía.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO TODOS LOS DÍAS

NUNCA HE FUMADO

T9. ¿Durante cuántos años ha fumado o fumó todos los días?. Ponga sobre la línea los años.

_____ AÑOS

HE FUMADO TODOS LOS DÍAS, PERO MENOS DE UN AÑO COMPLETO

HE FUMADO ALGUNA VEZ, PERO NUNCA TODOS LOS DÍAS

NUNCA HE FUMADO EN MI VIDA

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL TABACO. GRACIAS.

SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR
CONTINUE EL CUESTIONARIO

O T R A S S U S T A N C I A S

Marque con una "X" la casilla correspondiente a su respuesta

D1. En lo que se refiere a otros tipos de sustancias, ¿puede decirme si en los ÚLTIMOS DOCE MESES ha consumido tranquilizantes, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, sin receta médica?

SÍ, HE TOMADO ALGÚN TRANQUILIZANTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>

D2. ¿A qué edad tomó por primera vez un tranquilizante sin receta médica?. Ponga los años que tenía sobre la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

D3. ¿Puede decirme si en los ÚLTIMOS DOCE MESES ha consumido somníferos, es decir, pastillas para dormir, sin receta médica?

SÍ, HE TOMADO ALGÚN SOMNÍFERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>

D4. ¿A qué edad tomó por primera vez un somnífero sin receta médica?. Ponga los años que tenía sobre la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

D5. Aquí debajo se nombran varias sustancias, lea la lista y ponga una "X" en el recuadro que sigue a cada una de las sustancias que Vd. ha consumido ALGUNA VEZ en la vida. Si ha consumido anote en la línea la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Si usted no ha consumido estas sustancias señale con una "X" la casilla correspondiente de la columna "NO, NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS"

	SI	PONER LA EDAD EN QUE LA CONSUMIO POR PRIMERA VEZ	NO NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS
A. INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS...)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
B. BASE, BASUCO O CRACK	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
C. COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D. ANFETAMINAS O ESPID	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
E. ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, Mescalina y otros)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
F. HEROÍNA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G. OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta

A CONTINUACIÓN APARECEN LAS MISMAS SUSTANCIAS QUE EN LA PREGUNTA ANTERIOR. PARA CADA SUSTANCIA MARQUE CON UNA "X" EN EL CUADRO SITUADO A LA DERECHA EL NÚMERO DE DÍAS QUE VD. HA CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS. EN EL CASO DE NO HABER CONSUMIDO "NUNCA" O "HABER CONSUMIDO PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES", SEÑALELO EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE

D6. Número de días que la consumió durante los últimos 12 meses:

	INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS)	BASE, BASUCO, O CRACK	COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	ANFETAMINAS O ESPID	ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	HEROÍNA	OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX SOSEGÓN)
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-6 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-11 DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-5 DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO DURANTE 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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Número de días a la semana que la consumió durante los últimos 30 días

	INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS)	BASE, BASUCO, O CRACK	COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	ANFETAMINAS O ESPID	ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	HEROÍNA	OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX SOSEGÓN)
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-6 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO LA HE CONSUMIDO DURANTE 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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez heroína o cocaína?

SÍ NO

D9. En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado Vd. alguna vez heroína o cocaína?

SÍ

NO ME HE INYECTADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA ME HE INYECTADO ALGUNA DROGA COMO HEROÍNA O COCAÍNA

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta
 VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE DIVERSAS SUSTANCIAS. GRACIAS.
 SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGALELO AL ENTREVISTADOR
 CONTINUE EL CUESTIONARIO

PORRO, HACHÍS, MARIHUANA

Marque con una "X" la casilla correspondiente a su respuesta

M1. ¿Ha fumado, aunque sólo fuera una vez en su vida un porro o hachís o marihuana?

SÍ, HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

M2. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó porro, hachís o marihuana? Si Vd. no está seguro de qué edad tenía, diga la edad aproximada sobre la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

M3. Desde que Vd. fumó porro, hachís o marihuana por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha fumado marihuana o hachís?. Si Vd. no está seguro de cuánto tiempo ha fumado marihuana o hachís, indique un período aproximado.

MÁS DE SEIS MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 1 MES Y 6 MESES	<input type="checkbox"/>
MENOS DE 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

M4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó porro, hachís o marihuana?

MENOS DE 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE 12 MESES	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 12 MESES PERO MENOS DE 3 AÑOS	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 3 AÑOS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN PORRO, MARIHUANA O HACHÍS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

M5. Piense en los últimos doce meses. ¿Cuántos días en los últimos doce meses fumó porro, hachís o marihuana?

CASI TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	MENOS DE UNA VEZ AL MES	<input type="checkbox"/>
DE CINCO A SEIS DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	NO HE FUMADO MARIHUANA PORRO O HACHÍS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	<input type="checkbox"/>
DE TRES A CUATRO DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>		
DE 1 A 2 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE FUMADO MARIHUANA, PORRO O HACHÍS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>
DE 3 A 4 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>		
DE 1 A 2 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>		

M6. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó porro, hachís o marihuana?. Si no está seguro, trate de poner sobre la línea un número aproximado.

_____ DÍAS

NO HE FUMADO PORRO, MARIHUANA O HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN PORRO O MARIHUANA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta
 VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL PORRO, HACHÍS O MARIHUANA. GRACIAS.
 SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR
 CONTINUE EL CUESTIONARIO

ÉXTASIS, PASTIS

Marque con una "X" la casilla correspondiente a su respuesta

E1. ¿Ha probado, aunque sólo fuera una vez éxtasis, las pastis o píruilas?

SÍ, LO HE PROBADO ALGUNA VEZ

NO LO HE PROBADO NUNCA EN MI VIDA

E2. ¿Qué edad tenía la primera vez que probó éxtasis? Si no está seguro de qué edad tenía, ponga una edad aproximada en la línea.

EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

E3. Desde que probó éxtasis por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha tomado Vd. éxtasis? Si no está seguro de cuánto tiempo, indique un período aproximado.

MÁS DE SEIS MESES

MENOS 30 DÍAS

ENTRE UN MES Y SEIS MESES

NUNCA HE TOMADO EXTASIS

E4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que tomó éxtasis?

DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 1 MES Y UN AÑO

ENTRE 1 AÑO Y 3 AÑOS

MÁS DE 3 AÑOS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

E5. Piense en los últimos doce meses, ¿Cuántos días de los últimos doce meses tomó éxtasis?

CASI TODOS LOS DÍAS

DE 1 A 2 DÍAS AL MES

DE CINCO A SEIS DÍAS A LA SEMANA

MENOS DE UNA VEZ AL MES

DE TRES A CUATRO DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO EXTASIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

DE 1 A 2 DÍAS A LA SEMANA

DE 3 A 4 DÍAS AL MES

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

E6. Piense específicamente en los últimos 30 días. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó éxtasis? Si no está seguro, trate de dar un número aproximado. Ponga sobre la línea el número de días.

_____ DÍAS

NO HE TOMADO ÉXTASIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

Por favor, compruebe que en TODAS las preguntas ha marcado una respuesta

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE ÉXTASIS, PASTIS. GRACIAS.

SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR

VD. HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.
INTRODUZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.