

Cuestionario

ENCUESTA

Domiciliaria

ENTREVISTADOR

1997

COMUNIDAD AUTÓNOMA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
MUNICIPIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DISTRITO	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SECCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TAMAÑO DE HABITAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE HOGAR EN LA RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



FUNDACIÓN UNIVERSIDAD-EMPRESA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Presentación del Entrevistador: Buenos días/tardes/noches:

■ SI EL MIEMBRO SELECCIONADO ES DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR, CONTINÚE:

Estamos entrevistando aproximadamente a 12.000 individuos en toda España y Vd. ha sido seleccionado/a aleatoriamente para participar en el estudio. Sus respuestas reflejarán la forma de pensar de varios miles de españoles/as. Si Vd. decide no participar no podemos sustituirle por otra persona.

El estudio recoge información sobre el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, al igual que otros asuntos relacionados con la salud física y mental de la población en general. Las respuestas nunca se relacionarán con individuos, ya que no llevan nombre y van en un sobre cerrado. Dada la importancia de obtener la información más precisa posible, se garantiza la confidencialidad de los datos que nos aporte. Las leyes obligan a que toda información que Vd. facilite sea utilizada solamente para los objetivos científicos de este estudio. Su participación no le causará el menor problema y la sinceridad de sus respuestas será decisiva para que el estudio tenga valor científico.

Por la misma razón queremos realizar la entrevista en un ambiente tan privado como sea posible. ¿Podemos encontrar un lugar suficientemente privado para hacer la entrevista?. Si le parece bien, comenzamos.

■ (SI ESTA HABLANDO CON LOS PADRES DE UN MENOR DE EDAD SELECCIONADO (15-17 AÑOS), LEA EL PÁRRAFO "B", DE OTRA FORMA, PIDA HABLAR CON UNO DE LOS PADRES DEL MIEMBRO DE MUESTRA. ENTONCES LEA AMBOS PÁRRAFOS "A" Y "B" AL PADRE O A LA MADRE).

Párrafo "A": Hola, soy _____ y estoy trabajando en un estudio nacional realizado por Profesores de la Universidad Complutense de Madrid y patrocinado por El Plan Nacional sobre Drogas. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Párrafo "B": Su hijo de (años) de edad ha sido seleccionado para participar en este estudio. (EL/ELLA) ha sido seleccionado/a aleatoriamente, así que las respuestas que su hijo (a) suministre, representarán las de varios miles de jóvenes. No se pueden hacer sustituciones si su hijo (a) decide no participar. Las preguntas que (él/ella) nos dé serán estrictamente confidenciales, y los nombres nunca se relacionará con la encuesta ya que las respuestas son anónimas y van en sobre cerrado. El estudio recoge información sobre el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como sobre otros asuntos relacionados con la salud física y mental. (OFREZCA EL CUESTIONARIO AL PADRE/MADRE PARA QUE EL/ELLA LO TOMEN, Y CONTINÚE):

Este es el cuestionario que utilizaremos. (SI EL PADRE O LA MADRE DESEAN EXAMINAR EL CUESTIONARIO, PERMÍTALE HACERLO, RESPONDA A CUALQUIER PREGUNTA, Y LUEGO DIGA): Los resultados de este estudio proporcionarán una importante fuente de información sobre la experiencia de las drogas y será usado con fines de investigación y prevención. Si Vd. está de acuerdo, podemos comenzar. También quisiéramos hacer la entrevista en un ambiente tan privado como sea posible. ¿Podemos encontrar un lugar suficientemente privado para hacer la entrevista?.

■ DESPUÉS DE OBTENER EL PERMISO PATERNO/MATERNO, LEA LOS SIGUIENTES PÁRRAFOS AL JOVEN DE 15-17 AÑOS SELECCIONADO COMO MIEMBRO DE LA MUESTRA.

Hola, yo soy _____ y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por la Universidad Complutense y el PNSD. (MUESTRA LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Estamos entrevistando aproximadamente a 12.000 individuos en toda España, y has sido seleccionado para participar en el estudio en base en procedimientos aleatorios. Tus respuestas representarán la forma de pensar de varios miles españoles. Nosotros no podemos sustituirte si decides no participar.

El estudio recoge información sobre el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, al igual que otros asuntos relacionados con la salud física y mental. Dada la importancia de obtener información lo más precisa posible, se asegura su confidencialidad. Las leyes obligan a que toda información que nos proporciones será utilizada solamente para los objetivos científicos de este estudio. Tus padres o tu escuela nunca verán tus respuestas; sólo los investigadores relacionados con el estudio (y ellos no saben tu nombre). Tu participación no te causará ningún problema y la sinceridad de tus respuestas será decisiva para que el estudio tenga valor científico.

Si le parece bien, comenzamos. ADMINISTRE LA ENTREVISTA.

Nº cuestionario:

DATOS DE CLASIFICACIÓN

1. Sexo: Hombre1 Mujer2 X
2. ¿Cuántos años tiene Vd.? _____ E
3. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado? _____ NE

3b. ¿Cuál de los siguientes es el máximo nivel de estudios que ha completado?

- I No sabe leer ni escribir1
 - I No aprobó Est. Prim. o 5º curso EGB o de Educ. Primaria2
 - I Est. Prim. o 5º curso EGB o de Educ. Primaria aprobada3
 - I Bachiller Elemental o EGB completa o ESO obligatoria4
 - I Bachiller Superior o BUP o Bachiller LOGSE o FP.1 o FP.2 o FP. de Grado Medio LOGSE5
 - I Otros títulos que exigen Graduado Escolar o Educación Secundaria o equivalentes (grado medio de conservatorio de música, escuela oficial de idiomas, suboficial del ejército, auxiliar de vuelo, etc)6
 - I Estudios universitarios medios (perito o diplomado o 3 cursos de licenciatura aprobados) o FP. de Grado Superior LOGSE7
 - I Estudios universitarios superiores8
 - I Otros títulos superiores no universitarios que exigen Bachiller Superior, BUP o Bachiller LOGSE, F.P. de 2º Grado o equivalentes (enseñanza superior militar, enseñanza náutica, turismo, educación física, etc.)9
 - I Desconocido99
- NE

NOTA PARA EL ENTREVISTADOR:

EL CUADERNILLO AUTORRELLENABLE CON LAS PREGUNTAS SOBRE ALCOHOL, TABACO, OTRAS SUSTANCIAS, EXTASIS Y MARIHUANA SE IRÁN ENTREGANDO A LOS ENTREVISTADOS PARA QUE LOS AUTOCUMPLIMENTEN. EN EL CASO DEL ALCOHOL, LAS PREGUNTAS LAS LEERÁ EN VOZ ALTA EL ENCUESTADOR Y EL ENTREVISTADO ANOTARÁ LAS RESPUESTAS. SÓLO SE EXCEPTUARÁ A LAS PERSONAS INCAPACITADAS (CIEGOS, ETC.) Y A LOS QUE NO SEPAN LEER O ESCRIBIR.

EL ENTREVISTADOR SE RETIRARÁ UN POCO PARA QUE NO PUEDA VER LO QUE ESCRIBE EL ENTREVISTADO. UNA VEZ RELLENADO, EL ENCUESTADO INTRODUCIRÁ EL CUADERNILLO DE "CONSUMO DE SUSTANCIAS" EN EL SOBRE.

SI ALGUNO NO QUISIERA AUTOCUMPLIMENTARLO, DESPUÉS DE INSISTIRLE, EL ENTREVISTADOR LE HARÁ LAS PREGUNTAS Y ANOTARÁ SUS RESPUESTAS.

SALUD

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Vd. y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

H1. En general, usted diría que su salud es...

Excelente 1	Buena 3	Mala 5	
Muy buena 2	Regular 4	Muy mala 6	NS/NC 7

H2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas?. Si es así, ¿cuánto?

	<u>SÍ, ME LIMITA MUCHO</u>	<u>SÍ ME LIMITA BASTANTE</u>	<u>SÍ, ME LIMITA UN POCO</u>	<u>NO, NO ME LIMITA NADA</u>	<u>NS/ NC</u>
Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora.....	1	2	3	4	0
Subir varios pisos por la escalera	1	2	3	4	0

H3. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NC</u>
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer	1	2	0
Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas	1	2	0

H4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>NS/NC</u>
Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional	1	2	0
No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional	1	2	0

H5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada 1	Regular 3	Mucho 5
Un poco 2	Bastante 4	N.S./N.C..... 0

H6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo...?

	<u>SIEMPRE</u>	<u>CASI SIEMPRE</u>	<u>MUCHAS VECES</u>	<u>ALGUNAS VECES</u>	<u>SÓLO ALGUNA VEZ</u>	<u>NUNCA</u>	<u>NS/NC</u>
Se sintió calmado y tranquilo.....	1	2	3	4	5	6	0
Tuvo mucha energía.....	1	2	3	4	5	6	0
Se sintió desanimado y triste.....	1	2	3	4	5	6	0

H7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre 1	Muchas veces..... 3	Sólo alguna vez ... 5	
Casi siempre..... 2	Algunas veces 4	Nunca..... 6	N.S./N.C 0

■ (ENTREGUE AL ENTREVISTADO EL CUADERNILLO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS).

A CONTINUACIÓN LE VOY A LEER UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ALCOHOL, POR FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS EN EL CUADERNILLO.

Recuerde que siempre habrá una respuesta para que marque.

ENTREVISTADOR: LEA LAS PREGUNTAS DEL CUADERNILLO AUTORRELLENABLE (SOLO ALCOHOL), DESPACIO Y ASEGURÁNDOSE DE QUE EL ENTREVISTADO LAS COMPRENDE.

Las siguientes preguntas son acerca de tomar bebidas alcohólicas, tales como la cerveza, vino, licor, coñac, y combinados. En estas preguntas sobre bebidas alcohólicas solamente estamos interesados en las bebidas que Vd. ha tomado, con decir una "bebida" nos referimos a una lata o una botella de cerveza, un vaso de vino, un trago de licor, o un combinado. Por favor, no incluya los sorbos que Vd. ha tomado de las bebidas de otras personas.

RIESGO Y OTRAS CUESTIONES

ENTREVISTADOR: Ya han finalizado los bloques autorrellenables, cumplimente personalmente el resto del cuestionario.

R1. En primer lugar, nos gustaría saber su opinión sobre los problemas (de salud o de cualquier otro tipo) que pueden significar cada una de las siguientes situaciones.

(LEER TODAS DESPACIO)

	NINGÚN PROBLEMA	POCOS PROBLEMAS	BASTANTES PROBLEMAS	MUCHOS PROBLEMAS	NS/NC	
a. Fumar un paquete de tabaco diario	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
b. Tomarse cinco o seis cañas/copas el fin de semana....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
c. Tomarse cinco o seis cañas/copas cada día.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
d. Fumar hachís/marihuana una vez o menos al mes.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
e. Fumar hachís/marihuana una vez por semana o más..	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
f. Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir una vez o menos al mes.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
g. Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir una vez por semana o más.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
h. Consumir éxtasis una vez o menos al mes	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
i. Consumir éxtasis una vez por semana o más	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
j. Consumir cocaína una vez o menos al mes	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
k. Consumir cocaína una vez por semana o más.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
l. Consumir heroína una vez o menos al mes.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
m. Consumir heroína una vez por semana o más	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
n. Consumir alucinógenos (ácidos, tripsis, LSD) una vez o menos al mes.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
ñ. Consumir alucinógenos una vez por semana o más	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>

R2. ¿Que grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias, en un plazo de unas 24 horas?

	PRÁCTICAMENTE IMPOSIBLE	DIFÍCIL	RELATIVAMENTE FÁCIL	MUY FÁCIL	NS/NC	
a. Hachís/Marihuana.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
b. Heroína.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
c. Cocaína.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
d. LSD, ácidos	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
e. Éxtasis u otras drogas de diseño	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>

R3. Pensando donde usted vive, ¿cree Vd. que las DROGAS ILEGALES son un problema nada importante, algo importante o muy importante?

Nada importante 1 Algo importante.... 2 Muy importante..... 3 NS/NC 0

R4. De las siguientes situaciones, dígame con qué frecuencia se las encuentra usted actualmente en el barrio o pueblo donde vive:

	MUY FRECUENTE	FRECUENTE	POCO FRECUENTE	NUNCA	NS/NC	
a. Jeringuillas tiradas en el suelo	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
b. Personas inyectándose droga	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
c. Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
d. Personas drogadas caídas en el suelo	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>
e. Vendedores que le ofrecen drogas.....	1	2	3	4	0	<input type="checkbox"/>

R5. Para cada una de las acciones que le voy a mencionar para intentar resolver el problema de las drogas ilegales, dígame si las considera nada, algo o muy importantes:

	NADA IMPORTANTE	ALGO IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	NS/NC	
a. Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas.....	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
b. Educación sobre las drogas en las escuelas	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
c. Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga.....	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
d. Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga ...	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
e. Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
f. Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos.....	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
g. Control policial y de aduanas	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
h. Leyes estrictas contra las drogas	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
i. Legalización del hachís y la marihuana	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>
j. Legalización de todas las drogas	1	2	3	0	<input type="checkbox"/>

R6. Vd. se considera una persona:

- Con creencias religiosas.....1
- Con creencias y alguna práctica religiosa.....2
- Con creencias y frecuente práctica religiosa.....3
- Indiferente.....4
- Ateo.....5
- Agnóstico (ni afirmo ni niego los valores religiosos).....6

SEGURIDAD CIUDADANA

S1. ¿En qué tipo de problemas o situaciones está Vd. pensando, principalmente, cuando habla de inseguridad ciudadana? De la lista que le voy a mostrar: (ENTREVISTADOR: ENSEÑAR TARJETA), señale por favor los dos problemas o situaciones que más coincidan con su idea sobre este tema. (Dos respuestas como máximo).

	<u>1º EN IMPORTANCIA</u>	<u>2º EN IMPORTANCIA</u>
a-Delincuencia organizada en grandes bandas.....	1	1
b-Delitos de agresión física o violencia.....	2	2
c-Venta de drogas	3	3
d-Actos de gamberismo o vandalismo.....	4	4
e-Robo en domicilios.....	5	5
f-Terrorismo	6	6
g-Atracos e inseguridad en la calle.....	7	7

S2. Pensando en el barrio donde Vd. vive, ¿cree que la delincuencia relacionada con la drogodependencia es un problema grave, es un problema leve o no es un problema en absoluto?

Es un problema grave.... 1 Es un problema leve.... 2 No es un problema en absoluto.... 3

S3. Para mejorar la seguridad ciudadana, las autoridades deberían poner en marcha: (puede dar hasta dos respuestas como máximo por orden de importancia) (ENTREVISTADOR: ENSEÑAR TARJETA)

	<u>1º EN IMPORTANCIA</u>	<u>2º EN IMPORTANCIA</u>
a-Más vigilancia de las fuerzas de seguridad a pie por las calles	1	1
b-Más vigilancia en patrullas a bordo de automóviles	2	2
c-Mayor coordinación de la policía local, autonómica y nacional	3	3
d-Reformas judiciales para juicios rápidos	4	4

DATOS DE CLASIFICACIÓN

- 4. ¿Cuál es su estado civil?
 Soltero/a..... 1 Casado/a..... 2 Separado/a-Divorciado/a..... 3 Viudo/a..... 4
- 5. ¿Con quiénes vive Vd. actualmente? (Puede ser respuesta múltiple)
 Solo..... 1 Padre... 3 Hijos.... 5 Abuelos..... 7
 Cónyuge-pareja... 2 Madre... 4 Hermanos. 6 Otros (Especificar)..... 8
- 6. En relación con su actividad principal, ¿en qué situación se encontraba la semana pasada? (Si se menciona dos o más situaciones señalar únicamente la que aparece en primer lugar en la lista)
 Cumpliendo el servicio militar o servicio social sustitutorio 1
 Trabajando en un empleo (remunerado, por su cuenta o como ayuda familiar) durante al menos una hora 2
 Parado en busca del primer empleo 3 (PASE A P.8)
 Parado habiendo trabajado antes 4
 Jubilado (percibiendo una pensión de jubilación o invalidez) 5
 Percibiendo una pensión distinta a la de jubilación o invalidez 6 (PASE A P.8)
 Estudiante 7 (PASE A P.8)
 Labores del hogar 8 (PASE A P.8)
 Otras:
 Especificar 9
 NS/NC 0
- 7A. ¿Cuál es o era su situación profesional en su actividad principal?
 N.S./NC. 00
- 7B. ¿Cuál de las siguientes es o era su situación profesional en su actividad principal?
 Empresario con 10 o más asalariados 1
 Empresario con menos de 10 asalariados 2
 Titulado superior por cuenta propia (ingeniero, médico, abogado, etc.) 3
 Titulado medio por cuenta propia (perito, aparejador, etc.) 4
 Trabajadores por cuenta propia sin asalariados 5
 Agricultor sin asalariados 6
 Gerente de una empresa de 10 o más asalariados 7
 Gerente de una empresa de menos de 10 asalariados 8
 Titulado superior por cuenta ajena (ingeniero, médico, abogado, etc.) 9
 Titulado medio por cuenta ajena (perito, aparejador, etc.) 10
 Supervisor, encargado, capataz, jefe de los departamentos administrativos o comerciales 11
 Resto del personal administrativo, de comercio 12
 Resto del personal de los servicios 13
 Capataces, operarios o trabajadores manuales cualificados 14
 Operarios o trabajadores manuales semicualificados y no cualificados 15
 Trabajadores agrarios 16
 Fuerzas armadas 17
- 8. ¿Es Vd. el que aporta los mayores ingresos económicos en su hogar?
 Sí 1(PASE A LA P.13) No 2
- 9. ¿Podría decirme quién es?
 Marido... 1 Esposa... 2 Padre.... 3 Madre... 4 Hijo/a... 5 Hermano/a.... 6 Otro.... 7
- 10a. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha completado quien aporta los mayores ingresos al hogar?
- 10b. ¿Cuál de los siguientes es el máximo nivel de estudios que ha completado quien aporta los mayores ingresos al hogar?
- No saber leer o escribir 1
 No aprobó Estudios Primarios o 5º curso EGB o de Educación Primaria 2
 Estudios Primarios o 5º curso EGB o de Educación Primaria aprobada 3
 Bachiller Elemental o EGB completa o ESO obligatoria 4
 Bachiller Superior o BUP o Bachiller LOGSE o FP1 o FP2 o FP de Grado Medio LOGSE. . . . 5
 Otros títulos que exigen Graduado Escolar o Educación Secundaria o equivalentes (grado medio de conservatorio de música, escuela oficial de idiomas, suboficial del ejército, auxiliar de vuelo, etc.) 6
 Estudios universitarios medios (perito o diplomado o 3 cursos de licenciatura aprobados) o FP. de Grado Superior LOGSE 7
 Estudios universitarios superiores 8
 Otros títulos superiores no universitarios que exigen Bachiller Superior, BUP o Bachiller LOGSE, FP. de 2º grado o equivalentes (enseñanza superior militar, enseñanza náutica, turismo, educación física, etc.) 9
 Desconocido 99

■ 11. En relación con la actividad del que aporta los mayores ingresos, ¿en qué situación se encontraba la semana pasada? (SI SE MENCIONAN DOS O MÁS SITUACIONES SEÑALAR ÚNICAMENTE LA QUE APARECE ANTES EN LA LISTA SIGUIENTE)

- Cumplía el servicio militar o servicio social sustitutorio 1
- Tenía empleo (remunerado, por su cuenta o como ayuda familiar) durante al menos una hora 2
- Parado en busca del primer empleo 3 (PASE A LA P.13)
- Parado habiendo trabajado antes 4
- Jubilado (percibiendo una pensión de jubilación o invalidez) 5
- Percibiendo una pensión distinta a la de jubilación o invalidez. 6
- Estudiante 7
- Labores del hogar 8
- Otras
- Especificar 9
- NS/NC 0

■ 12A. ¿Cuál es o era su situación profesional en relación con esa ocupación? N.S./NC. 00

■ 12B. ¿Cuál de las siguientes es o era su situación profesional en relación con esa ocupación?

- Empresario con 10 o más asalariados. 1
- Empresario con menos de 10 asalariados. 2
- Titulado superior por cuenta propia (ingeniero, médico, abogado, etc.) 3
- Titulado medio por cuenta propia (perito, aparejador, etc.) 4
- Trabajadores por cuenta propia sin asalariados. 5
- Agricultor sin asalariados 6

- Gerente de una empresa de 10 o más asalariados 7
- Gerente de una empresa de menos de 10 asalariados 8
- Titulado superior por cuenta ajena (ingeniero, médico, abogado, etc.) 9
- Titulado medio por cuenta ajena (perito, aparejador, etc.) 10
- Supervisor, encargado, jefe de los departamentos administrativos o comerciales. 11
- Resto del personal administrativo, de comercio 12
- Resto del personal de los servicios 13

- Capataces, operarios o trabajadores manuales cualificados 14
- Operarios o trabajadores manuales semicualificados y no cualificados 15
- Trabajadores agrarios 16
- Fuerzas armadas 17

■ 13. Para controlar la calidad de nuestra encuesta tomaremos contacto con una parte de los participantes en la misma para verificar que el entrevistador ha seguido correctamente los procedimientos establecidos. Sólo preguntaremos cuestiones generales, ninguna información específica. Agradecemos muy de veras su cooperación.

ENTREVISTADOR: Por favor completar los datos siguientes (EN LETRA DE IMPRENTA CLARA)

I Su dirección: _____ Nombre de pila: _____

I Ciudad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

I Teléfono de la casa (prefijo): _____ (número): _____

Tiene teléfono y da el nº.....1 No tiene teléfono 2 Tiene teléfono y no da el nº ... 3

I Fecha de la entrevista _____ Hora _____ Duración de la entrevista en minutos _____

I ¿Correspondía a esta entrevista que la parte de consumo de sustancias la autorrespondiera el entrevistado?
Sí 1 No 2

I ¿Y la autorrespondió de hecho?
Sí.....1 Alguna/s 3 ¿Cuáles? Tabaco 1
No2 Alcohol 2 Marihuana.....4

I ¿Y por qué razón no la autorrespondió?
Por ser muy anciano o incapacitado.....1 Por no saber leer y escribir.....2 Porque no ha querido....3

I ¿Qué grado de sinceridad crees que ha habido en la encuesta?
Nada 1 Poco 2 Bastante 3 Mucho 4

I Si el entrevistado tenía menos de 18 años, ¿qué adulto dió permiso para entrevistarle? (Padre, madre, etc.)
Relación con el entrevistado: _____

I Estimación de la comprensión del cuestionario
Ninguna dificultad, sin problemas de lenguaje o lectura 1
Sólo alguna dificultad, casi sin problemas de lenguaje o lectura 2
Bastante dificultad, algunos problemas de lenguaje o lectura..... 3
Mucha dificultad, problemas considerables de lenguaje o lectura 4

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____ D.N.I. _____

CODIFICADOR

OBSERVACIONES



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Cuestionario Autorrellenable

1997

COMUNIDAD AUTÓNOMA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
MUNICIPIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DISTRITO	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SECCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TAMAÑO DE HABITAT	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE HOGAR EN LA RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>





ALCOHOL

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

A1. ¿Ha tomado usted, alguna vez, aunque fuera sólo una vez, una bebida de 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 una bebida de 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"/>
ENTRE 1 MES Y 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 DIA POR SEMANA	<input type="checkbox"/>
5 Ó 6 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
3 Ó 4 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>
1 Ó 2 DÍAS POR SEMANA	<input type="checkbox"/>		

A5. Durante los últimos 12 meses, las veces que Vd. tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántos días se emborrachó?

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

SÍ, HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO 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, acuérdesese 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

SÍ, HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO 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 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN NINGÚN DÍA CUANDO HE TOMADO ALCOHOL DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO 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 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"/>					
3 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
2 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
1 DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
MENOS DE UN DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO ESE TIPO DE BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESE TIPO DE BEBIDAS	<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"/>					
3 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
2 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
1 FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO ESE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>					

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

A10. En los últimos 30 días, ¿qué cantidad de cada una de las siguientes bebidas ha consumido durante un día laborable (Lunes, martes, miércoles o jueves)?, y durante un fin de semana completo (sume todo lo consumido el viernes, el sábado y el domingo)? (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..)	_____
HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO 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..)	_____
HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS, PERO NO 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 UN MES

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

DENTRO DEL ÚLTIMO AÑO

HACE 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

HE FUMADO PERO NO 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: _____

HE FUMADO, PERO NO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

PUROS: _____

PIPAS: _____

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

HE FUMADO PERO NUNCA 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

OTRAS SUSTANCIAS

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"/>
SÍ, HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA PERO NO 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"/>
SÍ, HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA PERO NO 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"/>	<input type="checkbox"/>
B. BASE, BASUCO O CRACK	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ANFETAMINAS O ESPID	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. HEROÍNA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)	<input type="checkbox"/>	_____	<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 DEL 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", SEÑALELÓ 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"/>
SÍ, HE CONSUMIDO, PERO NO 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"/>
SÍ, LA HE CONSUMIDO, PERO NO 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

SÍ, ME HE INYECTADO, PERO NO 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, DÍGASELO 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

NO, NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA

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

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

ENTRE 1 MES Y 6 MESES

MENOS DE UN MES

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA

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

DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

MÁS DE 1 MES PERO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

MÁS DE 12 MESES PERO DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

MÁS DE 3 AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, MARIHUANA O HACHÍS EN MI VIDA

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

CASI TODOS LOS DÍAS

DE CINCO A SEIS DÍAS A LA SEMANA

DE TRES A CUATRO DÍAS A LA SEMANA

DE 1 A 2 DÍAS A LA SEMANA

DE 3 A 4 DÍAS AL MES

DE 1 A 2 DÍAS AL MES

MENOS DE UNA VEZ AL MES

ALGUNA VEZ HE FUMADO MARIHUANA PORRO O HACHÍS, PERO NO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

NUNCA HE FUMADO MARIHUANA, PORRO O HACHÍS EN MI VIDA

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

ALGUNA VEZ HE FUMADO PORRO, MARIHUANA O HACHÍS PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO O MARIHUANA EN MI VIDA

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 pirulas?

SÍ, LO HE PROBADO ALGUNA VEZ	<input type="checkbox"/>
NO LO HE PROBADO NUNCA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------

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	<input type="checkbox"/>	MENOS DE UN MES	<input type="checkbox"/>
ENTRE UN MES Y SEIS MESES	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO EXTASIS	<input type="checkbox"/>

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

DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 1 MES Y UN AÑO	<input type="checkbox"/>
ENTRE 1 AÑO Y 3 AÑOS	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 3 AÑOS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

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

CASI TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	DE 1 A 2 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>
DE CINCO A SEIS DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	MENOS DE UNA VEZ AL MES	<input type="checkbox"/>
DE TRES A CUATRO DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	ALGUNA VEZ HE TOMADO EXTASIS, PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
DE 1 A 2 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>		
DE 3 A 4 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

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

ALGUNA VEZ HE TOMADO ÉXTASIS PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

**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.
INTRODÚZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100