



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Cuestionario Autorrellenable

Nº DE RUTA.....

PROVINCIA

MUNICIPIO

Nº DE HOGAR EN LA 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

NO, NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA

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

A3. Ahora piense en los últimos 12 meses. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses tomó Vd. una bebida alcohólica?

TODOS LOS DÍAS

2 Ó 4 DÍAS AL MES

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

UNA VEZ AL MES O MENOS

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

A4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días se emborrachó?

TODOS LOS DÍAS

2 Ó 4 DÍAS AL MES

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

UNA VEZ AL MES O MENOS

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA ME EMBORRACHÉ

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

A5. 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

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

A6. 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

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

A7. 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

A8. ¿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 ESTE 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"/>
<hr/>						
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 ESTE 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

■ **A9. Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, qué cantidad ha consumido: (entrevistador anotar la cantidad de las bebidas consumidas según A8).**

- 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.)
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMUT, JEREZ, FINOS,...)"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA..)"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY..)"/>	_____
<input type="text" value="NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN DIAS LABORABLES DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS"/>	_____
<input type="text" value="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.)
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMUT, JEREZ, FINOS,...)"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA..)"/>	_____
<input type="text" value="NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY..)"/>	_____
<input type="text" value="NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN FINES DE SEMANA DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS"/>	_____
<input type="text" value="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 fuera sólo una o dos caladas?

SÍ, HE FUMADO UN CIGARRILLO ALGUNA VEZ, POR LO MENOS 1 Ó 2 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. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Vd. fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

MENOS DE 30 DÍAS

MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO

MÁS DE 1 AÑO

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

■ T4. 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

■ T5. 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

■ T6. ¿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

■ T7. ¿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

■ T8. ¿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 1 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. 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"/>
H. TRANQUILIZANTES O SEDANTES (MEDICAMENTOS PARA CALMAR LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
I. SOMNÍFEROS (MEDICAMENTOS PARA DORMIR)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
J. ANTIDEPRESIVOS (MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

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", SEÑÁLELO EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE

D2. 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)	TRANQUI- LIZANTES O SEDANTES	SOMNÍFEROS	ANTI DEPRESIVOS
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

D3. Número de días a la semana que la consumió durante los últimos 30 días

	INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS)		COCAÍNA (BASE, BASUCO, O CRACK, EN POLVO (COCA, PERICO), ANFETAMINAS O ESPID)		ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)		OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)	TRANQUI- LIZANTES O SEDANTES	SOMNÍFEROS	ANTI DEPRESIVOS
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4. ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez heroína o cocaína?

SÍ NO

D5. 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

D6. ¿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

NO HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NO, NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA

D7. ¿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

D8. ¿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

NO HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NO, NUNCA HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA

D9. ¿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

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

TODOS LOS DÍAS

UNA VEZ AL MES O MENOS

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

NO HE FUMADO MARIHUANA PORRO O HACHÍS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE FUMADO MARIHUANA, PORRO O HACHÍS EN MI VIDA

2 Ó 4 DÍAS AL MES

■ M4. 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

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, MARIHUANA O HACHÍS 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, pastis o pirulas?

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

CONTINÚE EL CUESTIONARIO

ÉXTASIS, PASTIS

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

E3. Piense en los últimos doce meses, ¿Cuántos días de los últimos doce meses tomó éxtasis?

TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	UNA VEZ AL MES O MENOS	<input type="checkbox"/>
5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO ÉXTASIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>
1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>		
2 Ó 4 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>		

E4. 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	<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

SALUD

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

S22. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, cuántas veces ha sido atendido por algún servicio médico de urgencias (ambulancia, hospital, casa de socorro, médico, etc.)?.

Nº DE VECES: _____

NO HE SIDO ATENDIDO EN UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

S23. ¿POR CUÁLES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA HA SIDO ATENDIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

	SI	NO
SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS (centro, mutua, sanatorio, clínica, médico, hospital privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBULANCIA (Samur, 061, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GRATUITO (Hospital de la Seguridad Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URGENCIAS NO HOSPITALARIAS GRATUITAS (Centro de salud, consultorio, ambulatorio, casa socorro, médico de la Seguridad Socia, Servicio autonómico de salud, Ayuntamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE SIDO ATENDIDO EN UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	

CONTINÚE EL CUESTIONARIO

SALUD

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

■ S24. ¿Y podría decirme si en EN ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES ha sido atendido en urgencias por alguna de las siguientes causas?

	SI	NO
SOBREDOSIS O INTOXICACION POR DROGAS ILEGALES, O POR DROGAS COMBINADAS CON ALCOHOL O MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECCIONES U OTROS PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES SOLAS O COMBINADAS CON ALCOHOL O MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BORRACHERA O INTOXICACIÓN POR ALCOHOL SIN COMBINAR CON DROGAS ILEGALES O MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE SIDO ATENDIDO EN UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	

AHORA CONTESTE SÓLO SI ANTES HA DICHO QUE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS HA SUFRIDO HERIDAS, LESIONES O TRAUMATISMOS FÍSICOS AGUDOS PROVOCADOS DIRECTAMENTE POR ACCIDENTES, INTOXICACIONES, VIOLENCIA, PELEAS O AGRESIONES, QUE LE OBLIGARAN A USTED A RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA. (FUERA O NO DE URGENCIAS

■ S25. EN LAS 6 HORAS ANTERIORES a la ÚLTIMA herida, lesión o traumatismo físico agudo que le obligó a recibir asistencia sanitaria, ¿Había consumido alguna de las siguientes sustancias?

	SI	NO
BEBIDAS ALCOHÓLICAS DE CUALQUIER TIPO (VINO, CERVEZA, LICORES, COMBINADOS, ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNNABIS, HACHÍS, MARIHUANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BASE, CRACK O COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉXTASIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS O ESPID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA, OTROS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEROÍNA U OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN, METADONA DE LA CALLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRANQUILIZANTES, SOMNÍFEROS O PASTILLAS PARA DORMIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTIDEPRESIVOS O MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS MEDICAMENTOS QUE USTED SABE QUE PUEDEN AFECTAR A LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR O MANEJAR MÁQUINAS PELIGROSAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE RECIBIDO ASISTENCIA SANITARIA POR ESTOS MOTIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	<input type="checkbox"/>	

**VD. HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.
ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

