



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE POLÍTICA SOCIAL
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

ed/ADes

ENCUESTA

Domiciliaria

sobre Alcohol y Drogas en España
2009

CUESTIONARIO

ENTREVISTADOR

Nº DE RUTA

PROVINCIA

MUNICIPIO

Nº DE HOGAR EN LA RUTA

Nº DE ENTEVISTADOR

SIGMADOS

P R E S E N T A C I Ó N

Buenos días/tardes/noches. Hola soy, _____ y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad y Política Social**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Estamos entrevistando a miles de personas en toda España y su hogar ha sido seleccionado aleatoriamente para participar en el estudio.

El estudio recoge información sobre el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como cuestiones relacionadas con la salud en general y el lugar de trabajo.

Las respuestas nunca se podrán relacionar con personas concretas, ya que son anónimas. Nunca podremos volver para aclarar datos dudosos o erróneos, por lo que es fundamental que nos dé información lo más precisa posible. Las Leyes obligan a que toda la información que nos facilite sea utilizada exclusivamente para los objetivos científicos de este estudio. La participación en el mismo no le causará ningún problema. La sinceridad de sus respuestas es decisiva para que el estudio tenga valor científico.

(ENTREVISTADOR: SELECCIONAR LA PERSONA A ENTREVISTAR)

SI LA PERSONA SELECCIONADA TIENE 18 AÑOS O MÁS, CONTACTE CON ELLA DIRECTAMENTE:

Hola soy, _____ y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad y Política Social**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Estamos entrevistando a miles de personas en toda España y ha sido seleccionado aleatoriamente para participar en el estudio. Nosotros no podemos sustituirle si decide no participar.

El estudio recoge información sobre el uso de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como cuestiones relacionadas con la salud en general.

Las respuestas nunca se podrán relacionar con personas concretas, ya que son anónimas. Nunca podremos volver para aclarar datos dudosos o erróneos, por lo que es fundamental que nos dé información lo más precisa posible. Sólo los investigadores del estudio verán las respuestas del cuestionario (y ellos no saben su nombre). Las Leyes obligan a que toda la información que nos facilite sea utilizada exclusivamente para los objetivos científicos de este estudio. La participación en el mismo no le causará ningún problema. La sinceridad de sus respuestas es decisiva para que el estudio tenga valor científico.

Si le parece bien, empezamos. COMIENZE LA ENTREVISTA.

SI LA PERSONA SELECCIONADA ES MENOR DE EDAD (15-17 AÑOS),

► CONTACTE PRIMERO CON UNO DE SUS PADRES Y LÉALE EL PÁRRAFO A:

“Párrafo A”

Hola soy, _____ y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad y Política Social**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Su hijo/a 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 su nombre 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 cuestiones relacionadas con la salud en general y en el lugar de trabajo. (OFREZCA EL CUESTIONARIO AL PADRE/MADRE PARA QUE EL/ELLA LO VEAN, 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 usted 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?

► A CONTINUACIÓN, CON LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES, CONTACTE CON EL MENOR Y LÉALE EL PÁRRAFO B:

“Párrafo B”

Hola soy, _____ y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad y Política Social**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Estamos entrevistando a varios miles de personas en toda España, y has sido seleccionado para participar en el estudio de forma aleatoria. 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, así como sobre cuestiones relacionadas con la salud. Dada la importancia de obtener información lo más precisa posible, se asegura su confidencialidad. Las Leyes obligan a que toda información que nos proporciones sea utilizada solamente para los objetivos científicos de este estudio. Tus padres, tus profesores, ni otras personas que pueden tomar decisiones que te afecten individualmente, nunca verán tus respuestas; sólo lo harán 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. 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, empezamos. COMIENZE LA ENTREVISTA.

DATOS DE CLASIFICACION SOCIODEMOGRAFICA

D1. Sexo:

Hombre _____ 1 Mujer _____ 2

D2. ¿Cuántos años tiene Vd.? _____

D3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a1
 Casado/a2
 Separado/a-Divorciado/a.....3
 Viudo/a4

D4. ¿Con quiénes vive Vd. actualmente? Puede ser respuesta múltiple.

Solo1
 Cónyuge-pareja2
 Padre3
 Madre4
 Hijos.....5
 Hermanos6
 Abuelos.....7
 Otros. Especificar _____ 8

D5. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado o aprobado? Clasifique a las personas según el nivel o curso más alto aprobado. Si duda donde incluir algunos estudios, clasifíquelos según el título oficial que se necesita para acceder a los mismos; por ejemplo en 3, si para cursarlos se exigía haber aprobado ESO o tener el Graduado Escolar, o en 4, si se exigía haber aprobado el BUP. ENTREVISTADOR: especificar al máximo el tipo de estudios y el último curso aprobado

Sin estudios o estudios primarios incompletos: menos de 6 años o cursos de primaria aprobados1
 Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados2
 Estudios secundarios 1ª etapa: 8º EGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1º Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, ESO aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados3
 Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2º Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados4
 Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica).....5
 Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)6

D6. ¿Ha nacido usted en España?

Sí1 *Pasar a S1*
 No2
 NS/NC9

D7. ¿En qué país nació?

Especificar país: _____
 NS/NC999

D8. ¿Y cuántos años lleva viviendo en España, aproximadamente?

Nº de años: _____
 NS/NC99

Las preguntas que siguen se refieren a temas relacionados con la salud

SALUD

S1. En general, usted diría que su salud es...

- Muy buena.....1
- Buena2
- Regular3
- Mala.....4
- Muy mala.....5
- NS/NC9

AHORA VAMOS A HABLAR DE LESIONES O TRAUMATISMOS FÍSICOS AGUDOS PROVOCADOS DIRECTAMENTE POR ACCIDENTES, INTOXICACIONES, VIOLENCIA, PELEAS O AGRESIONES, QUE LE HAYAN OBLIGADO A USTED A RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA.

Ha de **INCLUIR** las heridas, fracturas, contusiones, y otras lesiones físicas provocadas por causas violentas o rápidas como accidentes de tráfico, caídas, golpes, contacto con objetos cortantes o punzantes, fuego, electricidad, calor, frío o agua, armas, e intoxicaciones agudas por gases, venenos o productos químicos domésticos, agrícolas o industriales, agresiones de animales, o de otras personas, incluidas las provocadas intencionada o voluntariamente por usted mismo.

Sin embargo, **NO HA DE INCLUIR:** las sobredosis o intoxicaciones agudas por alcohol o drogas ilegales, por alimentos, o por medicamentos tomados conforme las recomendaciones médicas.

S2. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES cuántas veces ha sufrido heridas, lesiones o traumatismos físicos agudos que le han obligado a usted a recibir asistencia sanitaria? Incluya como asistencia sanitaria cualquier atención, sea o no urgente, por parte de ambulancias o personal médico o de enfermería?

Leer respuestas. Tenga en cuenta que nos referimos al número de lesiones, no al de visitas médicas.

- Nunca1
- Una vez2
- 2 veces3
- Más de 2 veces4
- NS/NC9

Ahora le voy a entregar un cuadernillo con preguntas sobre el consumo de diversas sustancias.

Como estas cuestiones son más personales, para que yo no pueda ver lo que contesta, es conveniente que usted mismo lea las preguntas y marque las respuestas en el cuadernillo.

➤ *Entrevistador: Entregue al entrevistado el cuadernillo autorrellenable.*

En el caso de las bebidas alcohólicas, le voy yo a ayudar a rellenarlo, leyéndole las preguntas, y enseñándole a marcar las respuestas. Luego, para el resto de las sustancias, es conveniente que lea y conteste usted solo.

Entrevistador entregue al entrevistado la hoja de instrucciones y ayúdele, si es preciso.

➤ *Entrevistador: Lea las preguntas sobre bebidas alcohólicas despacio, asegurándose que el entrevistado las comprende. Luego indíquele cómo se marcan las respuestas. Intente que progresivamente lo vaya haciendo él solo. Que comience a hacerlo personalmente con el bloque de TABACO.*

➤ *Entrevistador: finalizados los bloques autorrellenables, cumplimente personalmente el resto del cuestionario.*

RIESGO Y OTRAS CUESTIONES

R1. Ahora, 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 las categorías despacio.

	Ningún Problema	Pocos Problemas	Bastantes Problemas	Muchos Problemas	NS/NC
a. Fumar un paquete de tabaco diario	1	2	3	4	9
b. Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	1	2	3	4	9
c. Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	1	2	3	4	9
d. Fumar hachís ó marihuana una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
e. Fumar hachís ó marihuana una vez a la semana o más	1	2	3	4	9
f. Tomar tranquilizantes o pastillas para dormir una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
g. Tomar tranquilizantes o pastillas para dormir una vez por semana o más	1	2	3	4	9
h. Probar éxtasis, una o dos veces (en la vida)	1	2	3	4	9
i. Consumir éxtasis una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
j. Consumir éxtasis una vez por semana o más	1	2	3	4	9
k. Probar cocaína una o dos veces (en la vida)	1	2	3	4	9
l. Consumir cocaína una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
m. Consumir cocaína una vez por semana o más	1	2	3	4	9
n. Consumir heroína una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
o. Consumir heroína una vez por semana o más	1	2	3	4	9
p. Consumir alucinógenos (ácidos, tripis, LSD) una vez o menos al mes	1	2	3	4	9
q. Probar cocaína en forma de base o crack 1 ó 2 veces	1	2	3	4	9

R2. ¿Qué 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, cannabis, marihuana	1	2	3	4	9
b. Heroína	1	2	3	4	9
c. Cocaína	1	2	3	4	9
d. LSD, ácidos	1	2	3	4	9
e. Éxtasis u otras drogas de diseño	1	2	3	4	9

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

Nada importante1 Algo importante2 Muy importante3 NS/NC.....9

R4. De las siguientes situaciones, ¿dígame con qué frecuencia se las encuentra Vd. 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	9
b. Personas inyectándose droga	1	2	3	4	9
c. Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	1	2	3	4	9
d. Personas drogadas caídas en el suelo	1	2	3	4	9
e. Vendedores que ofrecen drogas	1	2	3	4	9
f. Personas esnifando drogas por la nariz (ej. en el baño de bares o discotecas, portales, coches, etc.)	1	2	3	4	9

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

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
a. Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	1	2	3	9
b. Educación sobre las drogas en las escuelas	1	2	3	9
c. Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	1	2	3	9
d. Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	1	2	3	9
e. Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	1	2	3	9
f. Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	1	2	3	9
g. Control policial y de aduanas	1	2	3	9
h. Leyes estrictas contra las drogas	1	2	3	9
i. Legalización del hachís y la marihuana	1	2	3	9
j. Legalización de todas las drogas	1	2	3	9

ENTREVISTADOR: LOS ENTREVISTADOS DE 15 AÑOS DE EDAD PASAN A D17

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre su vida laboral:

D9. ¿En qué situación/es de las siguientes se encontraba la SEMANA PASADA? Nos referimos a la última semana completa, desde el último domingo al lunes anterior.

Ayude al entrevistado a centrar la semana de referencia.

Si se encontraba en varias situaciones deberá escoger aquella que aparezca primera en la lista.

*Se consideran también personas **con trabajo**, aquellas que se encuentren ausentes del mismo por causa de enfermedad o accidente, conflicto laboral, suspensión disciplinaria de empleo y sueldo, vacaciones, licencia de estudios, licencia de maternidad u otra clase de licencia, ausencia voluntaria, desorganización temporal del trabajo por razones tales como mal tiempo o averías mecánicas. Las suspendidas o separadas de su empleo a consecuencia de una regulación del mismo, se consideran asalariadas si el empleador les paga al menos el 50 por ciento de su sueldo o si van a reincorporarse a su empleo en los próximos tres meses. Los aprendices que hayan recibido una retribución en metálico o en especie y los estudiantes que hayan trabajado a cambio de una remuneración a tiempo completo o parcial se consideran como personas asalariadas y se clasifican como trabajando o sin trabajar sobre la misma base que las demás personas con trabajo por cuenta ajena.*

Trabajando	01	<i>Pasar a D10</i>
Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	02	<i>Pasar a D10</i>
Parado que ha trabajado antes.....	03	<i>Pasar a D10</i>
Parado que busca su primer empleo.....	04	<i>Pasar a D16</i>
Jubilado	05	<i>Pasar a D16</i>
Incapacitado permanente	06	<i>Pasar a D16</i>
Cursando algún estudio	07	<i>Pasar a D16</i>
Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	08	<i>Pasar a D16</i>
Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada, etc.). Especificar _____	10	<i>Pasar a D16</i>
NS/NC	99	

D10. ¿Cuál es/era la actividad del centro u organización en el que TRABAJA O TRABAJÓ EN SU ÚLTIMO EMPLEO? Si tiene/tuvo varios empleos céntrate SÓLO EN EL PRINCIPAL.

Describe la actividad (ENTREVISTADOR, especificar al máximo el tipo de trabajo):

Entrevistador: La clasificación ha de hacerse considerando el tipo de puesto de trabajo y las exigencias para desempeñarlo, y no la cualificación profesional del participante. Para clasificarlo consulte la tabla. Pídale que describa el tipo de trabajo y su categoría profesional, de forma similar a como se hace en los siguientes ejemplos: fábrica de artículos deportivos, matadero municipal, empresa de limpieza, banco, granja, empresa de transportes, construcción naval, y anótelos en la línea superior.

A Agricultura, ganadería, caza y selvicultura	01
B Pesca	02
C Industrias extractivas	03
D Industrias manufactureras.....	04
E Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua	05
F Construcción	06
G Comercio, reparación vehículos de motor, motocicletas y ciclomotores y artículos personales y de uso doméstico ..	07
H Hostelería.....	08
I Transporte, almacenamiento y comunicaciones.....	09
J Intermediación financiera.....	10
K Actividades Inmobiliarias y de alquiler de servicios empresariales.....	11
L Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria	12
M Educación	13
N Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales	14
O Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad	15
P Hogares que emplean personal doméstico	16
Q Organismos extraterritoriales.....	17
NS/NC.....	99

D11. ¿Cuál es o era su situación o rango profesional en su último trabajo principal?

Describe la situación o rango profesional (ENTREVISTADOR, especificar al máximo la categoría profesional):

Empresario agrario con asalariados.....	01
Empresario agrario sin asalariados (pequeños agricultores y miembros de cooperativas agrarias)	02
Empresario de la industria y los servicios con menos de 10 trabajadores.....	03
Empresario de la industria y los servicios con más de 10 trabajadores.....	04
Profesional liberal o asimilado (abogado, médico, aparejador, personal del sector servicios por cuenta propia).....	05
Empresario sin asalariados o trabajador independiente (autónomo).....	06
Directivos y altos funcionarios (empresa y Administración Pública)	07
Profesional, técnico o asimilado (no cargo directivo), en empresa o Administración Pública	08
Gerente de empresa o sociedad no agraria.....	09
Directores, gerentes, personal técnico de explotación agraria	10
Jefes de departamento (personal intermedio)	11
Empleado de oficina	12
Vendedor o comercial	13
Resto de personal de servicios (subalterno, cartero, etc.).....	14
Capataz o contra maestre	15
Trabajador cualificado	16
Trabajador no cualificado.....	17
Trabajador agrícola	18
Fuerzas Armadas	19
NS/NC.....	99

*Se considera **trabajo no cualificado** aquél para el que sólo se necesitan unos conocimientos básicos, no especializados, y se puede ejercer sin título profesional. A menudo tiene un alto contenido manual. La clasificación ha de hacerse considerando el tipo de puesto de trabajo y las exigencias para desempeñarlo, y no la cualificación profesional del participante.*

Pídale que describa el tipo de trabajo y su categoría profesional, de forma similar a como se hace en los siguientes ejemplos: conductor de autobús, peón de la construcción, profesora de universidad, oficinista en un matadero, soldador en altos hornos, empleado de la limpieza, inspectora de hacienda, y anótelos en la línea superior.

D12. Para conocer un poco mejor su situación laboral, ¿me podría indicar en cuál de los siguientes grupos se incluye usted?

Miembro de una cooperativa	1
Empresario con asalariados	2
Trabajador independiente o empresario sin asalariados	3
Ayuda en la empresa o negocio familiar	4
Asalariado sector público.....	5
Asalariado sector privado	6
Otra situación. Especificar	7
NS/NC	9

D13. ¿Qué tipo de jornada tiene o tenía habitualmente en su ÚLTIMO TRABAJO PRINCIPAL?

Jornada partida (mañana y tarde).....	01
Jornada continua de mañana (por ejemplo, de 8 a 15).....	02
Jornada continua de tarde (por ejemplo, de 13 a 21)	03
Jornada continua de noche	04
Jornada reducida	05
Turnos rotatorios, excepto el de noche.....	06
Turnos rotatorios, con el de noche	07
Horario irregular	08
Otro tipo	10
NS/NC	99

D14. ¿Cuántas personas trabajan o trabajaban en su centro de trabajo? Nos referimos al trabajo principal. Llamamos centro de trabajo o establecimiento a toda unidad productora de bienes o servicios (como fábricas, talleres, hoteles), situada en un emplazamiento físico definido y que está bajo la dirección y control de una sola empresa.

Por si necesita alguna aclaración tenga en cuenta que los elementos satélites o anejos situados en sus inmediaciones y que realizan determinadas fases del proceso productivo, se consideran formando parte del mismo establecimiento. Ayúdele a aclarar cuál sería su centro de trabajo.

De 1 a 10 personas	1
De 11 a 19	2
De 20 a 49	3
De 50 a 249	4
250 personas o más	5
No sabe pero menos de 11	6
No sabe pero más de 10	7
NS/NC	9

D15. Durante los últimos 12 meses, ¿ha respirado usted en su trabajo el humo del tabaco fumado por otras personas, ya sean compañeros o clientes? Recuerde que si tiene o ha tenido más de un trabajo nos referimos al principal:

Sí, durante toda o la mayor parte de la jornada laboral.....	1
Sí, durante la mitad o menos de la jornada laboral.....	2
No	3
No he trabajado en los últimos 12 meses fuera de mi domicilio.....	4
NS/NC	9

D16. Le voy a preguntar de forma aproximada por los INGRESOS MENSUALES NETOS DE SU HOGAR en la actualidad. Cuento:

- La suma de los ingresos regulares percibidos por todos los miembros del hogar, aporten o no estos ingresos en su totalidad o en parte para sufragar los gastos del hogar.
- La proporción mensual de los ingresos que no tengan periodicidad mensual como pagas extraordinarias, prestaciones sociales y otros ingresos extraordinarios que se perciban regularmente.
- Para los ingresos de trabajo por cuenta propia debe descontar de los ingresos mensuales los gastos deducibles (impuestos, seguridad social, etc.)

Indíqueme en qué intervalo están comprendidos los ingresos mensuales netos de su hogar:

Hasta 499 €.....	01
De 500 a 799 €.....	02
De 800 a 999 €.....	03
De 1.000 a 1.499 €.....	04
De 1.500 a 1.999 €.....	05
De 2.000 a 2.499 €.....	06
De 2.500 a 2.999 €.....	07
De 3.000 a 4.999 €.....	08
De 5.000 a 6.999 €.....	10
Más de 7.000€.....	11
NS/NC.....	99

D17. Dígame por favor el NÚMERO DE PERSONAS QUE COMPONEN SU HOGAR. Se considera que forma un hogar el grupo de personas que residen habitualmente en la vivienda familiar con cargo a un mismo presupuesto. Por lo tanto, INCLUYA a las personas que cumplan alguna de las siguientes características:

- **RESIDEN O PIENSAN RESIDIR LA MAYOR PARTE EL AÑO** en la vivienda, aunque estén ausentes temporalmente por enfermedad, estudios, trabajo, vacaciones, etc.
- **PARTICIPAN DEL PRESUPUESTO** del hogar (consumen y/o comparten alimentos u otros bienes).
- **Son INVITADOS DE LARGA DURACIÓN**, por ejemplo, un año o más.
- Son empleados domésticos **INTERNOS**.

EXCLUYA, por favor, a las personas que cumplan alguna de las siguientes características:

- **NO** participan del presupuesto del hogar.
- Son invitados de **CORTA ESTANCIA**.
- Son huéspedes o realquilados.
- Son servicio doméstico **NO INTERNO**.

Nº de personas que componen el hogar _____

Se considera que **“residen en el hogar”** quienes han residido más de 45 días los últimos 3 meses o se ha incorporado definitivamente a la vivienda familiar principal.

Si la vivienda está ocupada por **dos o más grupos humanos con presupuestos diferenciados** (vivienda con realquilados o compartida por grupos de personas con economías independientes) considere que cada uno de estos grupos forman un hogar.

Cuando en la misma vivienda residan únicamente **estudiantes** que no tengan un presupuesto común y dependan económicamente de otro hogar, se considerarán miembros del hogar que aportan el dinero para que puedan hacer frente a sus gastos.

Razones de desplazamiento temporal:

- Personas en viajes de negocios o de recreo. Vacaciones.
- Pescadores en el mar.
- Personal navegante de compañías aéreas o marítimas nacionales o extranjeras.
- Estudiantes o trabajadores desplazados temporalmente a otro municipio o país.
- Internos en establecimientos penitenciarios, etc.

**Ya hemos terminado la entrevista
Agradecemos muy de veras su cooperación.**



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL
DE POLÍTICA SOCIAL
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

ed/ADes

CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

Consumo

2009

Nº DE RUTA

PROVINCIA

MUNICIPIO

Nº DE HOGAR EN LA RUTA.....

Nº DE ENTEVISTADOR

SIGMADOS

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADO

En algunas preguntas se indaga el **número de días** que usted ha consumido una determinada sustancia. Para orientarse sobre como debe responder a este tipo de preguntas revise, por favor, el siguiente ejemplo:

¿Cuántos DÍAS tomó usted una o más bebidas alcohólicas DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Primero lea, una a una, todas las categorías de las respuestas de la tabla situada abajo. Puede que necesite hacer un pequeño esfuerzo de memoria y realizar un cálculo aproximado para seleccionar la categoría que le corresponde.

Recuerde que 12 meses = 52 semanas = 365 días.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Lea atentamente, y si lo necesita consulte con el entrevistador.

Usted deberá marcar, tal como aparece en la tabla de más abajo, LA CATEGORÍA “ENTRE 20-29 DÍAS”, si en los últimos 12 meses ha bebido, por ejemplo:

- Todos los días durante **casi** un mes (menos de 30 días) = por ejemplo **29 días**.
- 3 días a la semana durante 2 meses (8 semanas) = 3 días x 8 semanas = **24 días**.
- Un día por semana durante 6 meses (26 semanas) = 1 día x 26 semanas = **26 días**.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Pero deberá marcar LA CATEGORÍA “ENTRE 30-150 DÍAS” si, en los últimos 12 meses, por ejemplo:

- Ha bebido todos los días durante un mes (**sin fallar un solo día**).
- Ha bebido 15 días seguidos y 2 días a la semana durante 2 meses (8 semanas) = $15 + (2 \times 8) = 31$ días.
- 1 día por semana durante 12 meses (52 semanas) = 1 día x 52 semanas = **52 días**.
- 3 días por semana durante 6 meses (26 semanas) = 3 días x 26 semanas = **78 días**.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Pero si ha bebido más de 150 días en los últimos 12 meses, entonces deberá marcar la CATEGORÍA “MÁS DE 150 DÍAS”.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Hay preguntas, como la del ejemplo anterior, que hacen referencia a un período concreto. Es muy importante que esté atento e identifique los distintos períodos para poder contestar correctamente:

- En toda la vida
- Últimos 12 meses
- Últimos 30 días

Si se ha equivocado y quiere corregir una respuesta que ya ha marcado, rodee con un círculo completamente la respuesta incorrecta (X) y marque con una X la respuesta correcta.

¿Cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses?

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	
ENTRE 4-9 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	Respuesta incorrecta
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	
ENTRE 20-29 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	Respuesta correcta
ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	
MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	
NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	

Si no entiende bien las instrucciones, por favor coméntelo con el entrevistador.

ALCOHOL

Marque con una "X" la casilla (☐) correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

SE CONSIDERA BEBIDA ALCOHÓLICA, CUALQUIER TIPO DE SUSTANCIA QUE CONTENGA ALCOHOL, ENTRE LAS QUE SE INCLUYE VINO, CERVEZA, SIDRA, CHAMPÁN, APERITIVOS/VERMÚ, LICORES, BEBIDAS DESTILADAS, COMBINADOS, ETC.

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

SÍ, ALGUNA VEZ HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

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 o marque con una "X" la casilla.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE CUALQUIER BEBIDA ALCOHÓLICA: _____ AÑOS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

A3. Ahora piense en LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ¿Cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses? Recuerde el ejemplo que leyó al inicio del cuestionario.

ENTRE 1-3 DÍAS ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

A4. Durante estos ÚLTIMOS 12 MESES. ¿cuántos días se emborrachó?

ENTRE 1-3 DÍAS 30 DÍAS O MÁS

ENTRE 4-9 DÍAS NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 10-19 DÍAS NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

ENTRE 20-29 DÍAS

A5. ¿Centrándose en los últimos 30 días, cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas?

ENTRE 1-3 DÍAS 30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

ENTRE 20-29 DÍAS

A6. Durante los últimos 30 días, en los días que Vd. tomó alcohol, ¿cuántas bebidas se tomaba de costumbre? Cuento como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champaña, o jerez, una copa de licor o un combinado. Ponga sobre la línea el número de bebidas.

ANOTE EL Nº BEBIDAS _____

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

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

A7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tomado en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas (si usted es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si usted es mujer)? Se entiende por “ocasión” cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

A7.1. HOMBRE:

ANOTE EL Nº DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 5 O MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: _____

NO HE TOMADO 5 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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

A7.2. MUJER:

ANOTE EL Nº DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 4 O MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: _____

NO HE TOMADO 4 O MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN 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/ VERMÚ	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 ESTE TIPO DE BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>					
FINES DE SEMANA (V. S. D.)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMÚ	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 ESTE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<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, ¿que cantidad ha consumido?:

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

TABACO

Marque con una "X" la casilla (☐) correspondiente a su respuesta
Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

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 ☐

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO ☐

T2. ¿Qué edad tenía Vd. cuando fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco por primera vez aunque fuera sólo una o dos caladas? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO ☐

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 UN AÑO ☐

MÁS DE 12 MESES ☐

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO ☐

T4. Piense específicamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco, aunque fuese una o dos caladas?

ENTRE 1-3 DÍAS ☐

ENTRE 4-9 DÍAS ☐

ENTRE 10-19 DÍAS ☐

ENTRE 20-29 DÍAS ☐

30 DÍAS ☐

NO HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ☐

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO ☐

T5. Durante los últimos 30 días, por término medio, ¿qué número de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba? Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

CIGARRILLOS, ANOTE EL Nº: _____ PUROS, ANOTE EL Nº: _____ PIPAS, ANOTE EL Nº: _____

NO HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ☐

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO ☐

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

T6. ¿Ha habido alguna vez un período en su vida, en que Vd. haya fumado tabaco todos los días?

SÍ, ALGUNA VEZ HE FUMADO TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>
NO HE FUMADO EN NINGUNA OCASIÓN TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>

T7. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco todos los días? Ponga sobre la línea los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE LA EDAD EN QUE COMENZÓ A FUMAR TABACO TODOS LOS DÍAS: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>

T8. ¿Durante cuántos años fumó todos los días? Ponga sobre la línea los años o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE EL Nº DE AÑOS: _____ AÑOS

HE FUMADO TODOS LOS DÍAS, PERO DURANTE MENOS DE 1 AÑO COMPLETO	<input type="checkbox"/>
HE FUMADO ALGUNA VEZ, PERO NUNCA TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO 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 TABACO. GRACIAS.
SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO.

OTRAS SUSTANCIAS

CONTESTE AHORA POR FAVOR A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE OTROS TIPOS DE DROGAS:

- CANNABIS O MARIHUANA [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- COCAÍNA EN POLVO [Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO
- DROGAS INYECTADAS
- INHALABLES VOLÁTILES [Cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]
- SPEED O ANFETAMINAS [metanfetamina, anfetás, ice, cristal]
- ALUCINÓGENOS [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- HEROÍNA [Caballo, jaco]
- TRANQUILIZANTES O SEDANTES [Pastillas para calmar los nervios o la ansiedad]
- SOMNÍFEROS [Pastillas para dormir]
- TRANQUILIZANTES, SEDANTES O SOMNÍFEROS SIN RECETA [Pastillas para calmar los nervios/ansiedad o para dormir obtenidos sin receta]

CANNABIS - MARIHUANA

[hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]

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

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

M1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida CANNABIS O MARIHUANA [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]?

SÍ, HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

M2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió CANNABIS O MARIHUANA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

M3. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS O MARIHUANA en los últimos 12 meses?

ENTRE 1-3 DÍAS

ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NO HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

M4. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS O MARIHUANA en los últimos 30 días?

ENTRE 1-3 DÍAS

30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

NO HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

ENTRE 20-29 DÍAS

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

COCAÍNA EN POLVO

[Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

Marque con una "X" la casilla () correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

Co1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida COCAÍNA EN POLVO, también llamada perico, farlopa, o clorhidrato de cocaína?

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

Co2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió COCAÍNA EN POLVO? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

Co3. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los últimos 12 meses?

ENTRE 1-3 DÍAS

ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

Co4. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los últimos 30 días?

ENTRE 1-3 DÍAS

30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

ENTRE 20-29 DÍAS

BASE O COCAÍNA EN FORMA DE BASE

[base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]

Marque con una "X" la casilla () correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

B1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]?

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

B2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió COCAÍNA EN FORMA DE BASE? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

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

B3. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE en los últimos 12 meses?

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/>

B4. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE en los últimos 30 días?

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>		

ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO

Marque con una "X" la casilla () correspondiente a su respuesta
Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

E1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO?

SÍ, HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>

E2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

E3. ¿Cuántos días ha consumido ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO en los últimos 12 meses?

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>

E4. ¿Cuántos días ha consumido ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO en los últimos 30 días?

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>		

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

DROGAS INYECTADAS

Marque con una "X" la casilla (☐) correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

Iny1. ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez en la vida HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>
NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA O DROGAS ILEGALES	<input type="checkbox"/>

Iny2. ¿En los últimos 12 meses, se ha inyectado Vd. alguna vez HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES?

SÍ	<input type="checkbox"/>
NO ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA O DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA O DROGAS ILEGALES	<input type="checkbox"/>

RESTO DE SUSTANCIAS

Marque con una "X" la casilla (☐) correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

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".

	SÍ	PONER LA EDAD EN QUE LA CONSUMIO POR PRIMERA VEZ	NO, NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS
A. INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
B. SPEED O ANFETAMINAS (anfet, metanfetamina, ice, cristal)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
C. ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D. HEROÍNA (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
E. TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
F. SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)	<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", SEÑÁLELO EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE.

D2. Número de días que las consumió durante los últimos 12 meses.

	INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	SPEED O ANFETAMINAS (anfetas, metanfetamina ice, cristal)	ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas ketamina, special-K ketolar, imalgene)	HEROINA (caballo, jaco)	TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para nervios o ansiedad)	SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)
ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 150 DÍAS	<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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	SPEED O ANFETAMINAS (anfetas, metanfetamina ice, cristal)	ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas ketamina, special-K ketolar, imalgene)	HEROINA (caballo, jaco)	TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para nervios o ansiedad)	SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)
ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 DÍAS	<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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<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

TRANQUILIZANTES, SEDANTES O SOMNÍFEROS SIN RECETA

[Pastillas para calmar los nervios/ansiedad o para dormir obtenidos sin receta]

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

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

Trsr1. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido TRANQUILIZANTES O SEDANTES, es decir, PASTILLAS PARA CALMAR LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD, SIN RECETA MÉDICA?

SÍ, HE CONSUMIDO ALGÚN TRANQUILIZANTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA

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

NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA

Trsr2. ¿A qué edad tomó por primera vez UN TRANQUILIZANTE SIN RECETA MÉDICA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA

Trsr3. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido SOMNÍFEROS, es decir, PASTILLAS PARA DORMIR, SIN RECETA MÉDICA?

SÍ, HE CONSUMIDO ALGÚN SOMNÍFERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA

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

NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA

Trsr4. ¿A que edad tomó por primera vez un SOMNÍFERO SIN RECETA MÉDICA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA

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

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS SOBRE OTRAS SUSTANCIAS. GRACIAS.
SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO.

SALUD

Marque con una "X" la casilla (☐) correspondiente a su respuesta
 Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

S3. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, cuántas veces ha sido atendido por algún servicio médico de urgencias (ambulancia, hospital, casa de socorro, médico, etc.)?

ANOTE Nº DE VECES: _____

NO HE SIDO ATENDIDO POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

S4. ¿Por CUÁLES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA ha sido atendido en los últimos 12 meses?

	SÍ	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 Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE SIDO ATENDIDO POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. ¿Y podría decirme si en ESTOS ÚLTIMOS 12 MESES ha sido atendido por servicios médicos de urgencias por alguna de las siguientes causas?

	SÍ	NO
SOBREDOSIS O INTOXICACIÓN 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 POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ahora le voy a preguntar sobre TRATAMIENTOS PARA DEJAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL O DROGAS.

S6. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA ha INICIADO un TRATAMIENTO AMBULATORIO para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra DROGA (también llamados tratamientos de deshabituación) o un tratamiento de mantenimiento con metadona? *[No considere los tratamientos realizados estando ingresado todo el tiempo en una comunidad terapéutica, en un hospital o una clínica. Tampoco considere los intentos de reducir o abandonar el consumo por su cuenta sin ayuda profesional].*

SÍ, ALGUNA VEZ HE INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO

NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO

S7. ¿Y en los ÚLTIMOS 12 MESES, ha INICIADO algún tratamiento de ese tipo? *[Marque NO si el tratamiento lo inició hace más de 12 meses].*

SÍ, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO

NO HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO

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

S8. ¿Cuál fue la DROGA PRINCIPAL O MÁS IMPORTANTE que motivó el tratamiento que Vd. HA INICIADO en estos ÚLTIMOS 12 MESES? En caso de que en dicho período haya iniciado más de un tratamiento, considere sólo el primero [Marque UN SÓLO recuadro].

TABACO	<input type="checkbox"/>
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>
HEROÍNA	<input type="checkbox"/>
COCAÍNA	<input type="checkbox"/>
HEROÍNA + COCAÍNA	<input type="checkbox"/>
CANNABIS	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS O ÉXTASIS	<input type="checkbox"/>
TRANQUILIZANTES O SOMNÍFEROS	<input type="checkbox"/>
OTRA DROGA	<input type="checkbox"/>
NO HE INICIADO TRATAMIENTO DE ESE TIPO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO	<input type="checkbox"/>

La siguiente pregunta se centra en los PROBLEMAS QUE PUEDEN PRODUCIR LAS DROGAS:

S9. Señale si alguna vez en la vida el consumo de alcohol, medicamentos u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes problemas. [RESPUESTA MÚLTIPLE].

ACCIDENTES LABORALES	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTES DE TRÁFICO	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O PSÍQUICA	<input type="checkbox"/>
CONFLICTOS FAMILIARES	<input type="checkbox"/>
DISPUTAS O CONFLICTOS CON AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS	<input type="checkbox"/>
FALTAR ALGÚN DÍA AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL	<input type="checkbox"/>
DESPIDOS	<input type="checkbox"/>
OTRAS SANCIONES EN LA EMPRESA	<input type="checkbox"/>
DIFICULTADES ECONÓMICAS	<input type="checkbox"/>
CONFLICTOS CON LA POLICÍA O LA LEY	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>

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

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

ENTREVISTADOR: PASAR A BLOQUE DE PREGUNTAS DE “RIESGO Y OTRAS CUESTIOES”,
EN EL CUADERNILLO DEL ENTREVISTADOR.