



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA 2017

Nº DE RUTA
PROVINCIA
MUNICIPIO
DISTRITO
SECCIÓN
Nº DE HOGAR EN LA RUTA
Nº DE ENTREVISTADOR/A
Nº DE CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADO/A

En algunas preguntas se indaga sobre el **número de días** que usted ha consumido una determinada sustancia. Para orientarse sobre cómo 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 encerradas en 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"/>	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MAS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	8

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

- Usted deberá marcar, tal como aparece en la tabla de más abajo, la categoría **"Entre 20-29 días"** si en los **ÚLTIMOS 12 MESES** sólo ha bebido en las celebraciones familiares tales como bautizos, bodas y cumpleaños. Esto podría equivaler a una media de 2 días al mes durante todo el año (12 meses) = **24 días**.

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MAS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	8

- Si el consumo que ha realizado en **LOS ÚLTIMOS 12 MESES** se limita al fin de semana (entendiendo como tal viernes, sábados y domingos) = 3 días x 52 semanas = **156 días**. En este caso deberá marcar la categoría **"Más de 150 días"**.

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MAS DE 150 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	8

También puede darse el caso de que su consumo varíe en determinadas épocas del año:

- **En verano:** si durante el año realiza un consumo de fin de semana, pero los meses de verano (junio, julio y agosto) además bebe 3 días entre semana:
 - Verano: 2 días del fin de semana + 3 días entre semana x 12 semanas (teniendo en cuenta que cada mes tiene 4 semanas) = 5 días x 12 semanas = **60 días.**
 - Resto del año: 2 días (sábado y domingo) x 40 semanas = 2 x 40 = **80 días.**
 - En total **140 días.**

- **En Navidad:** si durante la semana de Navidad el consumo lo hace diario, manteniendo el resto del año un consumo de fin de semana:
 - Navidad: 7 días x 2 semanas = **14 días.**
 - Resto del año: 2 días (sábado y domingo) x 50 semanas = 2 x 50 = **100 días.**
 - En total **114 días.**

Hay preguntas, como la del ejemplo anterior, que hacen referencia a un periodo concreto. Es muy importante que **esté atento e identifique los distintos periodos** 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)** marque con una **x** la respuesta correcta.

¿Cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**?

Respuesta incorrecta →				
ENTRE 1- 3 DÍAS	X	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS		2	MAS DE 150 DÍAS	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS		3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	X	4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	8
Respuesta correcta →				

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

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 INCLUYEN:

- **VINO, CHAMPÁN, CAVA**
- **CERVEZA, SIDRA** (cañas, claras...)
- **VERMÚ, JEREZ, FINOS**
- **COMBINADOS o CUBATAS** (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mezcladas con refrescos, zumos,... Se incluyen los mojitos)
- **LICORES DE FRUTAS** (pacharán, licores de manzana, pera, melocotón, melón...)
- **LICORES FUERTES o BEBIDAS DESTILADAS** (coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo...)

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

SÍ, ALGUNA VEZ HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/> 2

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 qué 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	<input type="checkbox"/> 1
---------------------------------------	----------------------------

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	<input type="checkbox"/> 1	ENTRE 30 – 150 DÍAS	<input type="checkbox"/> 5
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/> 2	MAS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/> 6
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/> 3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> 7
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/> 4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/> 8

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

ENTRE 1– 3 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> 6
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/> 2	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/> 7
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/> 3	NO ME HE EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> 8
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/> 4	NUNCA ME HE EMBORRACHADO	<input type="checkbox"/> 9
30 DÍAS ó MÁS	<input type="checkbox"/> 5		

A5. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuántos días ha bebido lo suficiente para sentir sensación de inestabilidad o dificultad para hablar?

ENTRE 1 – 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE TENIDO TRAS BEBER SENSACIÓN DE INESTABILIDAD O DIFICULTAD PARA HABLAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	8
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE TENIDO TRAS BEBER SENSACIÓN DE INESTABILIDAD O DIFICULTAD PARA HABLAR	<input type="checkbox"/>	9
30 DÍAS ó MÁS	<input type="checkbox"/>	5			

A6. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia ha hecho usted “botellón”?

2 ó MÁS DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	1
3 ó 4 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	2
1 ó 2 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	3
MENOS DE 1 DÍA AL MES (ENTRE 4 y 11 DÍAS AL AÑO)	<input type="checkbox"/>	4
DE 1 a 3 DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	5
NO HE HECHO BOTELLÓN EN EL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>	6
NUNCA HE HECHO BOTELLÓN	<input type="checkbox"/>	7

A7. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Nos gustaría saber cuáles son para usted los motivos principales para beber. Si piensa en las ocasiones en que ha bebido en los ÚLTIMOS 12 MESES, ya sea cerveza, vino, combinados o licores, ¿Con qué frecuencia ha bebido...

	NUNCA	ALGUNA VEZ	LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
PORQUE LE GUSTA CÓMO SE SIENTE DESPUÉS DE BEBER?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PORQUE ES DIVERTIDO O PORQUE ANIMA LAS FIESTAS Y CELEBRACIONES ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SÓLO PARA EMBORRACHARSE ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PARA ENCAJAR EN UN GRUPO QUE LE GUSTA O PARA NO SENTIRSE EXCLUIDO (EN RELACIÓN CON LOS DEMÁS)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PORQUE LE AYUDA CUANDO SE SIENTE DEPRIMIDO O CUANDO NECESITA OLVIDARSE DE TODO ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PORQUE CREE QUE ES SALUDABLE O PORQUE FORMA PARTE DE UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

NO HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	9
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>	0

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS

A8. Centrándose en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas?

ENTRE 1 – 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4			

A9. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos días se emborrachó?

ENTRE 1 – 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO ME HE EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	8
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA ME HE EMBORRACHADO	<input type="checkbox"/>	9
30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5			

Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿cuántos días ha tomado en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas (si usted es hombre) o 4 ó más bebidas alcohólicas (si usted es mujer)? Entendiendo 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.

A10. HOMBRE:

ANOTE EL N° DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 5 ó MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: _____ días

NO HE TOMADO 5 ó MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>	2
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3

A11. MUJER:

ANOTE EL N° DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 4 ó MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: _____ días

NO HE TOMADO 4 ó MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>	2
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS

A12. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Cuántos días ha consumido usted alguna bebida alcohólica?

Marque de 0 a 7 el número de días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 7 días siendo **0 días ningún día** de los últimos 7 días y **7 días todos los días** durante los últimos 7 días.

	0 días	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días
NÚMERO DE DÍAS QUE HA CONSUMIDO ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

A13. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos vasos o copas de las siguientes bebidas alcohólicas ha consumido en total? Anote el número de vasos o copas de estas bebidas que ha consumido en total en los últimos 7 días, si no ha consumido en los últimos 7 días marque 0.

		Nº total de bebidas alcohólicas consumidas EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
Nº de vasos o copas de VINO/CHAMPÁN o CAVA		_ _
Nº de vasos, cañas o quintos de CERVEZA o SIDRA		_ _
Nº de vasos o copas de VERMÚ, JEREZ o FINO		_ _
Nº de vasos de COMBINADOS o CUBATAS		_ _
Nº de copas de LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA)		_ _
Nº de copas de LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY)		_ _

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/> 2

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas energéticas

A14. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...)? Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

SÍ 1

NO 2

A15. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...) mezcladas con bebidas alcohólicas? Conteste "No" si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

SÍ 1

NO 2

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas en general

A16. Conteste a esta pregunta SÓLO SI ES USTED UNA MUJER. Si ha estado usted EMBARAZADA o está actualmente embarazada, ¿Ha consumido o consume cualquier bebida alcohólica durante el embarazo?

SÍ 1

NO 2

No he estado embarazada NUNCA 9

A17. A continuación le indicamos algunas afirmaciones sobre actitudes ante las POLÍTICAS EN MATERIA DE ALCOHOL. Para cada afirmación, indique si está de acuerdo o en desacuerdo:

	De acuerdo	En desacuerdo
El alcohol es un producto como cualquier otro y no necesita ninguna restricción especial	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Las personas adultas son lo suficientemente responsables para protegerse a sí mismas de los daños relacionados con el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Los poderes públicos tienen la responsabilidad de proteger a las personas de los daños relacionados con su consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
La educación y la información en materia de alcohol deberían ser las políticas más importantes para reducir los daños relacionados con el alcohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Se debería prohibir la publicidad de bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
En los envases de las bebidas alcohólicas se deberían mostrar advertencias sobre los daños relacionados con el alcohol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
Los padres o tutores legales , y no las autoridades legales, deben decidir a qué edad se permite a los hijos consumir bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
El patrocinio de deportistas , equipos deportivos o eventos deportivos por parte de la industria del alcohol debieran estar prohibidos por ley	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Ahora vamos a volver a preguntarle algunas cosas sobre el **CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES**.

Muy importante:

- **SI NO HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, no conteste este bloque y pase a la pregunta T1 (Tabaco)

- **SI HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, **DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS** porque forman parte de un cuestionario y deben analizarse conjuntamente.

AU1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>	2
2 a 4 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3
2 ó 3 veces a la semana	<input type="checkbox"/>	4
4 o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>	5

AU2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?

1 ó 2	<input type="checkbox"/>	1
3 ó 4	<input type="checkbox"/>	2
5 ó 6	<input type="checkbox"/>	3
7 a 9	<input type="checkbox"/>	4
10 o más	<input type="checkbox"/>	5

AU3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca	<input type="checkbox"/>	1
Menos de una vez / mes	<input type="checkbox"/>	2
Mensualmente	<input type="checkbox"/>	3
Semanalmente	<input type="checkbox"/>	4
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>	5

AU9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?

No	<input type="checkbox"/>	1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/>	2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/>	3

AU10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?

No	<input type="checkbox"/>	1
Sí, pero no en el curso del último año	<input type="checkbox"/>	2
Sí, en el último año	<input type="checkbox"/>	3

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS.
 POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

TABACO

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

T1. Indique si usted ha consumido UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO, aunque fuera sólo una o dos caladas ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que lo consumió por PRIMERA VEZ.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
<u>CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO</u> , aunque fuera sólo una o dos caladas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

T2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha fumado, un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

HACE UN AÑO O MENOS	<input type="checkbox"/>	1
HACE MÁS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	3

T3. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿qué número de cigarrillos o puros solía fumar cada día que fumaba? Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

CIGARRILLOS ANOTE EL N°: _____	PUROS ANOTE EL N°: _____
-----------------------------------	-----------------------------

NO HE FUMADO UN CIGARRILLO o PURO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO O PURO	<input type="checkbox"/>	2

T4. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, si ha fumado cigarrillos, ¿qué tipo de cigarrillos ha fumado?

CIGARRILLOS DE CAJETILLA	<input type="checkbox"/>	1
TABACO DE LIAR	<input type="checkbox"/>	2
DE LOS 2 TIPOS	<input type="checkbox"/>	3
NO HE FUMADO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4
NUNCA HE FUMADO EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>	5

T5. ¿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"/>	1
NO HE FUMADO EN NINGUNA OCASIÓN TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	3

T6. ¿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: _____ AÑOS

NUNCA HE FUMADO TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE FUMADO EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>	2

T7. ¿Durante cuántos años fumó TODOS LOS DÍAS?

Ponga sobre la línea los años o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE EL N° DE AÑOS: _____ AÑOS

HE FUMADO TODOS LOS DÍAS, PERO DURANTE MENOS DE 1 AÑO COMPLETO	<input type="checkbox"/>	1
HE FUMADO ALGUNA VEZ, PERO NUNCA TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA HE FUMADO EN MI VIDA	<input type="checkbox"/>	3

T8. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Vd. fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

MENOS DE 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	MÁS DE 12 MESES	<input type="checkbox"/>	3
MÁS DE UN MES PERO MENOS DE UN AÑO	<input type="checkbox"/>	2	NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	4

T9. ¿Se ha planteado alguna vez dejar de fumar?

SÍ Y LO HE INTENTADO	<input type="checkbox"/>	1
SÍ, PERO NO LO HE INTENTADO	<input type="checkbox"/>	2
NO ME LO HE PLANTEADO	<input type="checkbox"/>	3
NO FUMO	<input type="checkbox"/>	4

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de cigarrillos electrónicos

CE1. Indique si usted ha consumido **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que lo consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
<u>CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

CE2. Si ha fumado **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)**, ¿Qué tipo de cartucho o líquido emplea para recargar su cigarrillo electrónico?

- CARTUCHOS O LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS **CON** NICOTINA 1
- CARTUCHOS O LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS **SIN** NICOTINA 2
- DE LOS 2 TIPOS 3
- NO HE FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS NUNCA 4

CE3. Si ha fumado **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)**, ¿Utiliza los **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)** como sustituto del tabaco, para reducir su consumo o dejar de fumar?

- SI 1
- NO 2
- NO HE FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS NUNCA 3

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL TABACO. GRACIAS.
POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

TRANQUILIZANTES / SEDANTES
 [medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad]
Y SOMNÍFEROS
 [medicamentos para dormir]

INCLUYA: Lexatín, orfidal, noctamid, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, stilnox, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc.

NO INCLUYA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

TS1. Indique si usted ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que los consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

TS2. ¿Cuándo ha sido la **PRIMERA VEZ** que ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

HACE UN AÑO O MENOS	<input type="checkbox"/>	1
HACE MÁS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNÍFEROS	<input type="checkbox"/>	3

TRANQUILIZANTES/SEDANTES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
 [medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad]
Y SOMNÍFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO
 [medicamentos para dormir]

A continuación las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido **SIN RECETA MÉDICA O PARA USO NO MÉDICO** es decir:

- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico, en mayor cantidad o durante más tiempo que lo que le indicó su médico.
- El médico se lo ha recetado a otra persona de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- Los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica

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

TS3. Indique si usted ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.** Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su <u>vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

TS4. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿Ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) **en la misma ocasión junto con...**?

Entendiendo por "ocasión" en un plazo de un par de horas

	SÍ	NO
CON ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
CON DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
CON ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...) A LA VEZ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

NO HE TOMADO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS <u>SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u> EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	9
NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS <u>SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u>	<input type="checkbox"/>	0

TS5. Piense en la última vez que **tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir): ¿Cuáles fueron las **razones** de su consumo?

Puede marcar varias opciones

PARA EXPERIMENTAR O PROBAR LO QUE SE SENTÍA TOMANDO ESE MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/>	1
PARA COLOCARME	<input type="checkbox"/>	2
PARA SOBRELLEVAR LAS SITUACIONES HABITUALES DEL DÍA A DÍA	<input type="checkbox"/>	3
PARA INCREMENTAR O DISMINUIR LOS EFFECTOS DE DROGAS QUE HABÍA TOMADO	<input type="checkbox"/>	4
PARA AFRONTAR ALGUNOS PROBLEMAS VITALES (DIVORCIO, MUERTE DE UN FAMILIAR, DESPIDOS...)	<input type="checkbox"/>	5
POR SER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO	<input type="checkbox"/>	6
NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS <u>SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u>	<input type="checkbox"/>	9

TS6. Piense en la última vez que tomó **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) y seleccione el **medio por el que los consiguió**. Marque sólo una opción.

A TRAVÉS DE UNA RECETA MÉDICA QUE ME RECETARON A MI	<input type="checkbox"/>	1
A TRAVÉS DE UN AMIGO O FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	2
A TRAVÉS DE UN TRAFICANTE O A UNA PERSONA DESCONOCIDA	<input type="checkbox"/>	3
A TRAVÉS DE INTERNET	<input type="checkbox"/>	4
A TRAVÉS DE UNA RECETA MÉDICA FALSA	<input type="checkbox"/>	5
LO COMPRÉ EN UNA FARMACIA SIN RECETA	<input type="checkbox"/>	6
LO CONSEGUÍ DE OTRA MANERA	<input type="checkbox"/>	7
NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS <u>SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u>	<input type="checkbox"/>	9

TS7. Estaría dispuesto a intentar conseguir **ILEGALMENTE TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) si no pudiera obtenerlos a través de receta médica?

SI	<input type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	2

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNÍFEROS**. GRACIAS. POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

OTRAS SUSTANCIAS

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

- **CANNABIS, MARIHUANA o 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 U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** [pastis, pirulas, cristal, MDMA]
- **ANFETAMINAS O SPEED** [anfetas]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [caballo, jaco]
- **INHALABLES VOLÁTILES** [cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]
- **GHB** [éxtasis líquido, gammahidroxibutirato, X-líquido, gamma-OH]
- **METANFETAMINA** [meth, ice, crystal]
- **SETAS MÁGICAS**

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, MARIHUANA o HACHÍS (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)?

SÍ, HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 2

M2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS?
 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, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 1
---	----------------------------

M3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS?

HACE UN AÑO O MENOS	<input type="checkbox"/> 1
HACE MÁS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/> 2
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 3

M4. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS en los ÚLTIMOS 12 MESES?

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MAS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/>	8

M5. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4			

M6. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, cuándo ha consumido **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS**, ¿Cuántos **PORROS** ha fumado **EN EL MISMO DÍA por término medio**? No considere que fumó porros si lo único que hizo fue dar unas caladas al porro de otra persona.

| ___ | ___ | **PORROS**

NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 2

M7. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿Cuándo ha consumido **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS**, qué ha fumado?

PRINCIPALMENTE MARIHUANA (HIERBA)	<input type="checkbox"/> 1
PRINCIPALMENTE HACHÍS (RESINA, CHOCOLATE)	<input type="checkbox"/> 2
DE LOS 2 TIPOS	<input type="checkbox"/> 3
NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 4
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 0

M8. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, cuando ha consumido **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS**, ¿cómo lo ha consumido? Puede marcar varias opciones.

EN FORMA DE PORRO O CANUTO	<input type="checkbox"/> 1
USANDO PIPAS DE AGUA, BONGS, CACHIMBAS , SHISHAS	<input type="checkbox"/> 2
USANDO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS	<input type="checkbox"/> 3
POR VÍA ORAL A TRAVÉS DE PASTELES , GALLETAS, CHUPITOS	<input type="checkbox"/> 4
NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 9
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 0

M9. En los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿Cuándo ha consumido **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS**, lo ha mezclado con **TABACO**?

SÍ 1

NO 2

NO HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS	<input type="checkbox"/> 2

M10. Si fuese legal el consumo de **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS**, ¿lo probaría?

SÍ 1

NO 2

YA LO HE PROBADO	<input type="checkbox"/> 1
------------------	----------------------------

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI HA CONSUMIDO
CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS EN LOS
ÚLTIMOS 12 MESES**

Algunas de las siguientes preguntas le parecerán similares, pero ha de **CONTESTARLAS TODAS** porque forman parte de cuestionarios internacionales y debemos analizarlas conjuntamente

No he consumido hachís o marihuana en los últimos 12 meses → **Pasa a la pregunta C1**

M11. ¿Con qué frecuencia le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Ponga una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total ha de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

	NUNCA	RARAMENTE	DE VEZ EN CUANDO	BASTANTE A MENUDO	MUY A MENUDO
¿Ha fumado cannabis antes del mediodía ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Ha fumado cannabis estando solo/a ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Le han dicho los amigos o miembros de tu familia que deberías reducir el consumo de cannabis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral? ¿Cuáles?: /...../	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

M12. En los ÚLTIMOS 12 MESES ¿ha iniciado algún TRATAMIENTO para dejar o reducir el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS (hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

SÍ	<input type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	2

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.

C1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)?

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	2

C2. ¿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	<input type="checkbox"/>	1
-------------------------------------	--------------------------	---

C3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN POLVO?

HACE UN AÑO O MENOS	<input type="checkbox"/>	1
HACE MÁS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	3

C4. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los ÚLTIMOS 12 MESES?

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	ENTRE 30 - 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	8

C5. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

ENTRE 1- 3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	1	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 - 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 - 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 - 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4			

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. Indique si usted ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

B2. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE?

HACE UN AÑO O MENOS	<input type="checkbox"/> 1
HACE MÁS DE 1 AÑO	<input type="checkbox"/> 2
NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/> 3

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS
 [pastis, pirulas, cristal, MDMA]

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

E1. Indique si usted ha consumido ÉXTASIS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, crista, MDMAI)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

ANFETAMINAS O SPEED

[anfetas]

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

Sp1. Indique si usted ha consumido **ANFETAMINAS O SPEED ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ANFETAMINAS O SPEED (anfetas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

ALUCINÓGENOS

[LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]

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

Alu1. Indique si usted ha consumido **ALUCINÓGENOS ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

HEROÍNA

[caballo, jaco]

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

H1. Indique si usted ha consumido **HEROÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
HEROÍNA (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

INHALABLES VOLÁTILES

[cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

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

InV1. Indique si usted ha consumido INHALABLES VOLÁTILES ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

GHB

[éxtasis líquido, gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH]

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

GHB1. Indique si usted ha consumido GHB ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
GHB (éxtasis líquido, gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

METANFETAMINA

[meth, ice, crystal]

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

MET1. Indique si usted ha consumido METANFETAMINA ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por primera vez en su vida
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
METANFETAMINA (meth, ice, crystal)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

SETAS MÁGICAS

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

SM1. Indique si usted ha consumido **SETAS MÁGICAS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió por <u>primera vez en su vida</u>
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
SETAS MÁGICAS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

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"/>	1
NO, NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA O DROGAS ILEGALES	<input type="checkbox"/>	2

Iny2. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez **HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES**?

SÍ	<input type="checkbox"/>	1
NO ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES	<input type="checkbox"/>	3

Iny3. Si se ha inyectado en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, **HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES** ¿Ha compartido alguna vez con otra persona jeringuillas o cualquier otro material de inyección (toallitas, cucharas, gomas...)?

SÍ HE COMPARTIDO JERINGUILLAS U OTRO MATERIAL DE INYECCIÓN	<input type="checkbox"/>	1
NO HE COMPARTIDO JERINGUILLAS U OTRO MATERIAL DE INYECCIÓN	<input type="checkbox"/>	2
NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	3

NUEVAS SUSTANCIAS

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

NS1. En la actualidad se encuentran disponibles **NUEVAS** sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (**cannabis, cocaína, éxtasis...**). Estas nuevas sustancias (**keta, spice, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética, miau miau, flakka, superman, catinonas, mefedrona, derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe, ayahuasca, kratom...**) se pueden presentar en forma de **hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc...** Contesté las siguientes preguntas referentes a estas nuevas sustancias.

¿Ha oído hablar de estas nuevas sustancias?		¿Las ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Las ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Las ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

NS2. ¿Dónde consiguió o le ofrecieron este tipo de sustancias, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? Puede marcar una o varias opciones.

ME LA OFRECIÓ UN AMIGO	<input type="checkbox"/> 1
LAS COMPRÉ EN UNA TIENDA ESPECIALIZADA (SMART SHOP O HEAD SHOP)	<input type="checkbox"/> 2
A TRAVÉS DE UN VENDEDOR (Camello)	<input type="checkbox"/> 3
A TRAVÉS DE INTERNET	<input type="checkbox"/> 4
ME LA OFRECIERON EN UNA FIESTA , EN UN PUB, EN UN BAR	<input type="checkbox"/> 5
OTROS SITIOS	<input type="checkbox"/> 6
NO HE CONSUMIDO O NO ME HA OFRECIDO ESTE TIPO DE SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/> 7

NS3. Para cada una de las siguientes sustancias, indique si usted las ha consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Si ha consumido, anote en el recuadro correspondiente la **EDAD** en que la consumió por **PRIMERA VEZ**.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que consumió <u>por primera vez en su vida</u>	¿La ha conseguido por internet?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí		No	Sí
KETAMINA (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
SPICE (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos, marihuana sintética)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
MEFEDRONA (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
SALVIA DIVINORUM (también llamada ska pastora, ska María, hierba María o hierba de los Dioses, Sally D, Lady Salvia, Magic Mint)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
AYAHUASCA	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE NUEVAS SUSTANCIAS. GRACIAS.
 POR FAVOR, AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTAR AL ENTREVISTADOR/A EN CUALQUIER MOMENTO

TRATAMIENTO

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

TR1. ¿Conoce personalmente a alguien que haya consumido HEROÍNA O SE HAYA INYECTADO DROGAS ILEGALES en los ÚLTIMOS 12 MESES?

SÍ, CONOZCO A ALGUIEN	<input type="checkbox"/>	1
NO, NO CONOZCO A NADIE	<input type="checkbox"/>	2

TR2. Por favor, invente un nombre para cada persona que conozca personalmente y que sabe que ha consumido HEROÍNA O SE HA INYECTADO DROGAS ILEGALES en los ÚLTIMOS 12 MESES, y luego para cada una de ellas, conteste las preguntas de la siguiente tabla.

Si tiene dificultades para rellenarla, pídale ayuda al entrevistador. Él podrá explicarle mejor las instrucciones.

Nombre inventado		¿Se ha inyectado <u>drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha consumido <u>heroína</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha iniciado un tratamiento ambulatorio por drogas ilegales en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Estuvo motivado dicho tratamiento por la heroína?			¿Ha estado en mantenimiento con <u>metadona</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
		SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
01	_____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	_____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	_____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	_____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	_____	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No conozco personalmente a nadie que haya consumido <u>heroína o se haya inyectado drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES															<input type="checkbox"/>	

JUEGO

J1. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia HA JUGADO DINERO? Marque una casilla por columna.

	EN INTERNET	FUERA DE INTERNET
UN DÍA AL MES o MENOS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2-4 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
2-3 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
4-5 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
6 o MÁS DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
NO HE JUGADO DINERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
NUNCA HE JUGADO DINERO	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉

J2. ¿Qué edad tenía la PRIMERA VEZ que jugó dinero?

Ponga sobre las líneas los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE LA EDAD que tenía la primera vez que JUGÓ DINERO EN INTERNET: _____ AÑOS

1

ANOTE LA EDAD que tenía la primera vez que JUGÓ DINERO FUERA DE INTERNET: _____ AÑOS

1

J3. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿En qué juegos HA JUGADO DINERO? Marque una o varias casillas.

	EN INTERNET	FUERA DE INTERNET
LOTERÍAS, PRIMITIVA, BONOLOTO, ONCE CUPONES, JUEGO ACTIVOEUROJACKPOT, 7/39	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
LOTERÍAS INSTANTÁNEAS (RASCAS ONCE)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
QUINIELAS DE FÚTBOL Y/O QUINIGOL	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
APUESTAS DEPORTIVAS	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
APUESTAS EN LAS CARRERAS DE CABALLOS	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅
SLOTS, MÁQUINAS DE AZAR/ TRAGAPERRAS	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₆
JUEGOS DE CARTAS CON DINERO (PÓQUER, MUS, BLACKJACK, PUNTO Y BANCA...)	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₇
BINGO	<input type="checkbox"/> ₈	<input type="checkbox"/> ₈
VIDEOJUEGOS	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉
JUEGOS EN CASINO	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₁₀
JUEGOS EN SALAS DE JUEGO	<input type="checkbox"/> ₁₁	<input type="checkbox"/> ₁₁
BOLSA DE VALORES	<input type="checkbox"/> ₁₂	<input type="checkbox"/> ₁₂
CONCURSOS (TELEVISIÓN, RADIO, PRENSA) CON APUESTA ECONÓMICA	<input type="checkbox"/> ₁₃	<input type="checkbox"/> ₁₃
NO HE JUGADO DINERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> ₁₉	<input type="checkbox"/> ₁₉
NUNCA HE JUGADO DINERO	<input type="checkbox"/> ₂₀	<input type="checkbox"/> ₂₀

J4. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿Cuál ha sido la mayor cantidad de **DINERO QUE SE HA GASTADO JUGANDO** en un solo día? Marque una casilla por columna.

	Dinero que he jugado EN INTERNET	Dinero que he jugado FUERA DE INTERNET
MENOS DE 6 EUROS	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
ENTRE 6 Y 30 EUROS	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
ENTRE 31 Y 60 EUROS	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
ENTRE 61 Y 300 EUROS	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
MÁS DE 300 EUROS	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

NO HE JUGADO DINERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
NUNCA HE JUGADO DINERO	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉

Ahora vamos a volver a preguntarle algunas cosas sobre **JUGAR CON DINERO EN LOS 12 ÚLTIMOS MESES**.

Muy importante:

- **SI NO HA JUGADO CON DINERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES**, no conteste este bloque y pase a la pregunta S1 (Salud)

- **SI HA JUGADO CON DINERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES** ya sea en internet o fuera de internet, **DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS** porque forman parte de un cuestionario y deben analizarse conjuntamente.

J5. ¿Conteste si le ha ocurrido (sí/no) algo de lo que se describe a continuación en los **ÚLTIMOS 12 MESES**? Marque una casilla por línea.

	SÍ	NO
HA TENIDO LA NECESIDAD DE APOSTAR CANTIDADES DE DINERO CADA VEZ MAYORES PARA CONSEGUIR LA EXCITACIÓN DESEADA.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
HA ESTADO NERVIOSO O IRRITADO CUANDO HA INTENTADO REDUCIR O ABANDONAR EL JUEGO.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
HA HECHO ESFUERZOS REPETIDOS PARA CONTROLAR, REDUCIR O ABANDONAR EL JUEGO, SIEMPRE SIN ÉXITO.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
A MENUDO HA TENIDO LA MENTE OCUPADA EN LAS APUESTAS (P. EJ. REVIVIENDO EXPERIENCIAS DE APUESTAS PASADAS, PLANIFICANDO SU PRÓXIMA APUESTA, PENSANDO EN FORMAS DE CONSEGUIR DINERO PARA APOSTAR...).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
A MENUDO HA JUGADO CUANDO SENTÍA DESASOSIEGO (P. EJ. CULPABILIDAD, ANSIEDAD, DEPRESIÓN).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
DESPUÉS DE PERDER DINERO EN LAS APUESTAS, HA VUELTO A JUGAR OTRO DÍA PARA INTENTAR GANAR Y ASÍ RECUPERAR EL DINERO PERDIDO.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
HA MENTIDO PARA OCULTAR SU GRADO DE IMPLICACIÓN EN EL JUEGO.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
HA PUESTO EN PELIGRO O HA PERDIDO ALGUNA RELACIÓN IMPORTANTE, SU EMPLEO U OPORTUNIDADES EN SUS ESTUDIOS O EN SU CARRERA PROFESIONAL A CAUSA DEL JUEGO.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
CUENTA CON LOS DEMÁS PARA QUE LE DEN DINERO PARA ALIVIAR SU GRAVE SITUACIÓN FINANCIERA PROVOCADA POR EL JUEGO,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

INTERNET

INT1. Por favor, lea las afirmaciones siguientes respecto al uso de **INTERNET** (chateando, mandando o recibiendo e-mails, whatsApps, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándote música, viendo o descargándose videos...). Indique cada cuanto tiempo le ocurren las siguientes situaciones. (No tenga en cuenta el tiempo que emplea en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indique aquí el tiempo que emplea en internet por diversión). Marque una casilla por línea.

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNA VEZ	A MENUDO	MUY FRECUENTEMENTE
¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estaba conectado?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia ha seguido conectado a internet a pesar de querer parar ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia sus padres, o amigos le dicen que debería pasar menos tiempo en internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia prefiere conectarse a internet en vez de pasar el tiempo con otros (padres, amigos...)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia duerme menos por estar conectado a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia se encuentra pensando en internet , aunque no esté conectado?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia está deseando conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia piensa que debería usar menos internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia ha intentado pasar menos tiempo conectado a internet y no lo ha conseguido?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia intenta terminar su trabajo a toda prisa para conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia descuida sus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefiere conectarse a internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia se conecta a internet cuando estas "de bajón"?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia se conecta a internet para olvidar sus penas o sentimientos negativos ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia se siente inquieto, frustrado o irritado si no puede usar internet ?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
¿Con qué frecuencia se ha sentido acosado, amenazado o cree que le han hecho bullying a través de internet?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

SALUD

S1. Señale si ALGUNA VEZ EN LA VIDA el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes PROBLEMAS.
Marque todas las que considere.

PELEAS O PROBLEMAS CON FAMILIARES, AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS	<input type="checkbox"/>	1
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA (ARRITMIAS, DESMAYO, ASMA) O NECESIDAD DE ACUDIR A UN CENTRO DE URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	2
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESQUIZOFRENIA, PARANOIA, CRISIS DE PÁNICO...)	<input type="checkbox"/>	3
ACCIDENTES DE TRÁFICO	<input type="checkbox"/>	4
PROBLEMAS LABORALES (ACCIDENTES, DESPIDOS O SANCIONES...)	<input type="checkbox"/>	5
PROBLEMAS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/>	6
PROBLEMAS CON LA POLICÍA O LA LEY	<input type="checkbox"/>	7
RELACIONES SEXUALES QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS NO HUBIERA MANTENIDO	<input type="checkbox"/>	8
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN	<input type="checkbox"/>	9
HE SIDO VÍCTIMA DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR MI PAREJA O EXPAREJA	<input type="checkbox"/>	10
NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO	<input type="checkbox"/>	11
NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>	12

S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:
Marque todas las que considere.

LUDOPATÍA (PROBLEMAS CON EL JUEGO)	<input type="checkbox"/>	1
ANSIEDAD	<input type="checkbox"/>	2
DEPRESIÓN	<input type="checkbox"/>	3
INSOMNIO (PROBLEMAS PARA DORMIR)	<input type="checkbox"/>	4
TDAH (TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD)	<input type="checkbox"/>	5
ESQUIZOFRENIA U OTRAS ENFERMEDADES SIMILARES	<input type="checkbox"/>	6
TRASTORNO BIPOLAR	<input type="checkbox"/>	7
TRASTORNO DE PERSONALIDAD	<input type="checkbox"/>	8
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN (ANOREXIA, BULIMIA)	<input type="checkbox"/>	9
VIRUS DEL SIDA (VIH)	<input type="checkbox"/>	10
VIRUS DE LA HEPATITIS B	<input type="checkbox"/>	11
VIRUS DE LA HEPATITIS C	<input type="checkbox"/>	12
NINGUNO DE LOS MENCIONADOS	<input type="checkbox"/>	13
NO DESEO CONTESTAR	<input type="checkbox"/>	14

**USTED HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.
INTRODÚZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUESELO AL ENTREVISTADOR/A.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**ENTREVISTADOR/A: PASAR A BLOQUE DE PREGUNTAS DE "RIESGO Y OTRAS CUESTIONES"
EN EL CUADERNILLO DEL ENTREVISTADOR/A**



CUADERNILLO ENTREVISTADOR

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA 2017

Nº DE RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUNICIPIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DISTRITO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECCIÓN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE HOGAR EN LA RUTA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE ENTREVISTADOR/A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE CUESTIONARIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

LAS PREGUNTAS SE CONTESTAN DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

- ➔ Marcando de forma CLARA la/s opción/es mencionada/s por el entrevistado. Asegúrese de que la cruz marque sólo la opción seleccionada. Si la respuesta no encaja en ninguna categoría predefinida, escriba LITERALMENTE lo expresado por el entrevistado en la opción "Otra, especificar...". Si en alguna pregunta tuviese alguna duda que no pueda resolver, escriba al lado de la opción la frase tal cual la ha dicho el entrevistado y coméntelo luego con el revisor del proyecto.
- ➔ La respuesta literal en la línea de puntos (.....), ha de ser con LETRA O NÚMEROS MUY CLAROS.
- ➔ Al rellenar las casillas /_/_/_/, utilice números enteros, no use fracciones. Alinee a la derecha el número; es decir, si la respuesta es 5, anote /0/5/. Si usted anota /5/_/_/ (dejando un espacio en blanco a la derecha), al grabar los datos en el ordenador se transcribirá 50.
- ➔ Se incluyen dos tipos de aclaraciones utilizando letra cursiva:
 - Instrucciones para el entrevistador sobre cómo preguntar o rellenar el cuestionario. Ej. Clasifique a las personas según el nivel o curso más alto aprobado.
 - Aclaraciones que pueden ayudarle a resolver algunas dudas del entrevistado. Ej. Se considera que "residen en el hogar" quienes han residido más de 45 días los últimos 3 meses o se han incorporado definitivamente a la vivienda familiar principal.

No ha de leérselas al entrevistado pero sígalas siempre y utilícelas para hacerle aclaraciones.

ADEMÁS, PARA LEER Y MARCAR ADECUADAMENTE LAS RESPUESTAS:

- ➔ No use el color rojo para rellenar el cuestionario. Use preferentemente negro o azul.
- ➔ Es imprescindible solicitar el consentimiento informado.
- ➔ Haga cada pregunta exactamente como está escrita, incluyendo lo que está entre paréntesis. Si el entrevistado no entiende la pregunta, repita la misma lectura y si no entiende, explíquela.
- ➔ Cuando se equivoque al marcar una opción, no trate de corregir escribiendo encima de la respuesta que quiere eliminar. Proceda rodeando la respuesta incorrecta con un círculo y marcando con un aspa la nueva.

(01)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nada importante	Respuesta incorrecta
(02)	<input checked="" type="checkbox"/>	Algo importante	Respuesta correcta
(03)	<input type="checkbox"/>	Muy importante	
(09)	<input type="checkbox"/>	NS/NC	

Si era una pregunta para escribir un número o una frase, táchela completamente y anote al lado la nueva.

- ➔ Algunas preguntas están diseñadas para leer las categorías al entrevistado, mientras que en otras debe contestarlas de forma espontánea. Está atento y siga la instrucción "Lea las opciones" cuando aparezca.
- ➔ Siga las instrucciones de presentación que se dan en la siguiente página y lea los párrafos elaborados con ese fin. Es muy importante establecer un buen vínculo de confianza con el entrevistado. Conteste siempre a todas sus dudas. Piense que muchas veces su desconfianza puede estar justificada por experiencias pasadas y sea honesto siempre en sus planteamientos.

PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes/noches soy y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**. (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 consumo 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. 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, Servicios Sociales e Igualdad**. (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 consumo 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. **COMIENCE 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, Servicios Sociales e Igualdad**. (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 consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como cuestiones relacionadas con la salud en general. (OFREZCA EL CUESTIONARIO AL PADRE/MADRE PARA QUE ÉL/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, Servicios Sociales e Igualdad**. (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 de españoles. Nosotros no podemos sustituirte si decides no participar.

El estudio recoge información sobre el consumo 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 tu confidencialidad. Las Leyes obligan a que toda información que nos proporciones sea utilizada solamente para los objetivos científicos de este estudio. Ni tus padres, ni 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 te parece bien, empezamos. **COMIENCE LA ENTREVISTA**

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA I

D1 Sexo:

1	<input type="checkbox"/>	Hombre
2	<input type="checkbox"/>	Mujer

D2 ¿Cuántos años tiene Vd.? /_/_/

ENTREVISTADOR: Si el encuestado no quiere contestar, **ENTREVISTA NO VÁLIDA**. No puede quedarse esta pregunta en blanco.

D3 ¿Cuál es su estado civil?

1	<input type="checkbox"/>	Soltero/a
2	<input type="checkbox"/>	Casado/a
3	<input type="checkbox"/>	Separado/a-divorciado/a
4	<input type="checkbox"/>	Viudo/a

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

1	<input type="checkbox"/>	Solo
2	<input type="checkbox"/>	Cónyuge-pareja
3	<input type="checkbox"/>	Padre
4	<input type="checkbox"/>	Madre
5	<input type="checkbox"/>	Hijos
6	<input type="checkbox"/>	Hermanos
7	<input type="checkbox"/>	Abuelos
8	<input type="checkbox"/>	Otros. Especificar _____

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 estudio y el último curso aprobado y CODIFICAR abajo

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

D6 ¿Ha nacido usted en España?

1	<input type="checkbox"/>	Sí	→ PASAR A PREGUNTA S1
2	<input type="checkbox"/>	No	
9	<input type="checkbox"/>	Ns/Nc	

D7 ¿En qué país nació?:

Ecuador	<input type="checkbox"/>	63	Colombia	<input type="checkbox"/>	50	Perú	<input type="checkbox"/>	184	Argentina	<input type="checkbox"/>	14
Venezuela	<input type="checkbox"/>	245	Bolivia	<input type="checkbox"/>	32	Rep. Dominicana	<input type="checkbox"/>	194	Rumanía	<input type="checkbox"/>	196
Otro:											
(Escribe el nombre del país) No escribir en los cuadrillos sombreados											

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

1	<input type="checkbox"/>	Nº de años: _____
9	<input type="checkbox"/>	Ns/Nc

SALUD

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

1	<input type="checkbox"/>	Muy buena
2	<input type="checkbox"/>	Buena
3	<input type="checkbox"/>	Regular
4	<input type="checkbox"/>	Mala
5	<input type="checkbox"/>	Muy mala
9	<input type="checkbox"/>	Ns/nc

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/a la entrevistado/a 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/la entrevistado/a las comprende. Luego indíquele cómo se marcan las respuestas. Intente que progresivamente lo vaya haciendo él/ella solo/a.

➔ Entrevistador: Finalizados los bloques autorrellenables, complimente personalmente el resto del cuestionario.

ANALGÉSICOS OPIOIDES

[medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina]

Estos medicamentos se usan para:

- Tratar dolores originados por diferentes causas que sean intensos, de larga duración o que no hayan respondido a otros tratamientos.

INCLUYA: Adolonta, Tramadol, Zaldiar, Enanplus, Tradonal, Algidol, Dolocatil, Codeisan, MST continus, Durogesic, Dolantina, Subuxone, Oxicodona, Fentanilo, etc.

NO INCLUYA: Paracetamol, Ibuprofeno, Aspirina, Nolotil, etc.

AO1. Indique cuáles de los siguientes **ANALGÉSICOS OPIOIDES** (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor) ha utilizado o consumido **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS** y el **PERIODO MÁXIMO DE USO CONTINUADO**.

➔ Entrevistador: Mostrar la tarjeta con los nombres de los Opioides [TARJETA 1]

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS	PERIODO MÁXIMO DE USO CONTINUADO (DÍAS)
TRAMADOL (ADOLONTA, CEPARIDIN, DILIBAN, DOLPAR, ENANPLUS, GELOTRADOL, PAXIFLAS, PAZITAL, PONTALSIC, TIONER, TRACIMOL, TRADONAL, ZALDIAR, ZYTRAM)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
CODEÍNA (ALGIDOL, ANALGILASA, ANALGIPLUS, ASTEFOR, BISOLTUS, COD-EFFERALGAN, CODEISAN, DIMINEX, DOLMEN, DOLOCATIL CODEINA, DOLODENS, DOLOMEDIL, DOLVIRAN, FLUDAN CODEINA, FLUDETEN, HISTAVERIN, IBUCOD, LASA CON CODEINA, NEOBRUFEN CON CODEINA, NOTUSIN, PAZBRONQUIAL, TERMALDINA, TOSEINA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
MORFINA (DOLO, MST CONTINUS, ORAMORPH, SEVREDOL)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
FENTANILO (ABSTRAL, ACTIQ, AVARIC, BREAKYL, DURFENTA, DUROGESIC, EFFENTORA, FENDIVIA, INSTANYL, MATRIFEN, PECFENT...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
OXICODONA (OXYCONTIN, OXYNORM, TARGIN)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
HIDROMORFONA (JURNISTA, PALLADONE)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
PETIDINA (DOLANTINA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
TAPENTADOL (PALEXIA, YANTIL)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
METADONA (EPTADONE, METASEDIN)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
BUPRENORFINA (BUPREX, FELIBEN, SUBOXONE, TRANSTEC)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	

NUNCA HE CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES

1

AO2. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Ha consumido ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor) en la misma ocasión junto con...?

Entendiendo por "ocasión" en un plazo de un par de horas.

Ponga una "X" en cada fila (

); en total debe poner tres "X", p

	SÍ	NO
CON ALCOHOL?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
CON DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
CON ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...) A LA VEZ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

NO HE CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/> ₁
NUNCA HE CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES	<input type="checkbox"/> ₀

AO3. Estaría dispuesto a intentar conseguir ILEGALMENTE ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor) si no pudiera obtenerlos a través de receta médica?

SÍ	<input type="checkbox"/> ₁
NO	<input type="checkbox"/> ₂

AO4. En términos generales, para qué EMPEZÓ A TOMAR este tipo de medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor):

Puede marcar varias opciones

DOLOR AGUDO	<input type="checkbox"/> ₁
DOLOR CRÓNICO	<input type="checkbox"/> ₂
DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN	<input type="checkbox"/> ₃
PARA TRATAR MI DOLOR PORQUE NO ME FUNCIONABAN OTROS MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/> ₄
PARA UTILIZAR COMO TRATAMIENTO PARA MI ADICCIÓN A LA HEROÍNA	<input type="checkbox"/> ₅
PARA INCREMENTAR O DISMINUIR LOS EFECTOS DE OTRAS DROGAS QUE CONSUMO (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)	<input type="checkbox"/> ₆

NUNCA HE CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES	<input type="checkbox"/> ₁
--	---------------------------------------

AO5. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA ESTOS MEDICAMENTOS denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor):

Ponga una "X" en cada fila (); en total debe poner ocho "X", porque hay ocho filas de cuadritos.

	SÍ	NO
LO TOMO EN MAYOR DOSIS PORQUE LA DOSIS QUE ME HA RECETADO MI MÉDICO NO ME HACE EFECTO	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO EN MENOR DOSIS QUE LA QUE ME HA RECOMENDADO MI MÉDICO	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO DURANTE MÁS TIEMPO PORQUE SI DEJO DE TOMARLO ME SIENTO MAL	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO DURANTE MENOS TIEMPO QUE LO QUE ME HA RECOMENDADO MI MÉDICO	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO EN LA CANTIDAD Y DURANTE EL TIEMPO EXACTO QUE ME HA RECOMENDADO MI MÉDICO	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO PARA INCREMENTAR O DISMINUIR LOS EFECTOS DE OTRAS DROGAS QUE CONSUMO (CANNABIS, COCAÍNA, HEROÍNA...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO COMO TRATAMIENTO PARA MI ADICCIÓN A LA HEROÍNA	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
LO TOMO PARA COLOCARME	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

NUNCA HE CONSUMIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES	<input type="checkbox"/> ₁
--	---------------------------------------

AO6. En términos generales señale CÓMO HA CONSEGUIDO ESTE TIPO DE MEDICAMENTOS denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos derivados de la morfina usados para calmar el dolor).
 Puede marcar varias opciones

A TRAVÉS DE UNA RECETA MÉDICA QUE ME RECETARON A MI	<input type="checkbox"/>	1
A TRAVÉS DE UN AMIGO O FAMILIAR	<input type="checkbox"/>	2
A TRAVÉS DE UN TRAFICANTE, CAMELLO...	<input type="checkbox"/>	3
A TRAVÉS DE INTERNET	<input type="checkbox"/>	4
A TRAVÉS DE UNA RECETA MÉDICA FALSA	<input type="checkbox"/>	5
LO COMPRÉ EN UNA FARMACIA SIN RECETA	<input type="checkbox"/>	6
LO CONSEGUÍ DE OTRA MANERA	<input type="checkbox"/>	7

NUNCA HE CONSEGUIDO ANALGÉSICOS OPIOIDES	<input type="checkbox"/>	1
---	--------------------------	---

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. Lea todas las categorías despacio.

	Ningún Problema	Pocos Problemas	Bastantes Problemas	Muchos Problemas	NS/NC
Fumar un paquete de tabaco diario	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Fumar de 1 a 5 cigarrillos diarios	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Fumar cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tomar 1 ó 2 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir cocaína una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir heroína una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir GHB una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Consumir ketamina una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> 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
Hachís, cannabis, marihuana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Heroína	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Cocaína	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Alucinógenos (LSD, ácido, tripi...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Éxtasis u otras drogas de síntesis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
GHB	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Setas mágicas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Ketamina	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tranquilizantes, sedantes o somníferos a través de una receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin tener receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Analgésicos opioides a través de una receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Analgésicos opioides sin tener una receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

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

1	<input type="checkbox"/>	Nada importante
2	<input type="checkbox"/>	Algo importante
3	<input type="checkbox"/>	Muy importante
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

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
Jeringuillas tiradas en el suelo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas inyectándose droga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas drogadas caídas en el suelo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Vendedores que ofrecen drogas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas esnifando drogas por la nariz (ej. en el baño de bares o discotecas, portales, coches, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas fumando porros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas haciendo botellón	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
Personas borrachas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

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

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	NS/NC
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Educación sobre las drogas en las escuelas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Control policial y de aduanas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Leyes estrictas contra las drogas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Legalización del hachís y la marihuana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
Legalización de todas las drogas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA II

ENTREVISTADOR: Los entrevistados de 15 años de edad pasan directamente a D17. De D9 a D17 solo contestan los de 16 o más años.

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.

1	<input type="checkbox"/>	Trabajando	→ Pasar a pregunta D10
2	<input type="checkbox"/>	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	→ Pasar a pregunta D10
3	<input type="checkbox"/>	Parado que ha trabajado antes	→ Pasar a pregunta D10
4	<input type="checkbox"/>	Parado que busca su primer empleo	→ Pasar a pregunta D16
5	<input type="checkbox"/>	Jubilado	→ Pasar a pregunta D16
6	<input type="checkbox"/>	Incapacitado permanente	→ Pasar a pregunta D16
7	<input type="checkbox"/>	Cursando algún estudio	→ Pasar a pregunta D16
8	<input type="checkbox"/>	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	→ Pasar a pregunta D16
9	<input type="checkbox"/>	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada, etc). Especificar.....	→ Pasar a pregunta D16
99	<input type="checkbox"/>	NS/NC	

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 céntrese SÓLO EN EL PRINCIPAL.

Entrevistador/a: 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 anótelo en la línea de puntos.

ENTREVISTADOR: Anote la actividad que realiza de forma detallada en la línea de abajo y CODIFICARLA en la tabla. Además, VER TARJETA 2 y anotar el código de dos dígitos de la actividad concreta

ANOTAR ACTIVIDAD: _____
ANOTAR CÓDIGO CON DOS DÍGITOS: _____

1	<input type="checkbox"/>	A- Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca
2	<input type="checkbox"/>	B- Industrias extractivas
3	<input type="checkbox"/>	C- Industria manufacturera
4	<input type="checkbox"/>	D- Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado
5	<input type="checkbox"/>	E- Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
6	<input type="checkbox"/>	F- Construcción
7	<input type="checkbox"/>	G- Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas
8	<input type="checkbox"/>	H- Transporte y almacenamiento
9	<input type="checkbox"/>	I- Hostelería
10	<input type="checkbox"/>	J- Información y comunicaciones
11	<input type="checkbox"/>	K- Actividades financieras y de seguros
12	<input type="checkbox"/>	L- Actividades inmobiliarias
13	<input type="checkbox"/>	M- Actividades profesionales, científicas y técnicas
14	<input type="checkbox"/>	N- Actividades administrativas y servicios auxiliares
15	<input type="checkbox"/>	O- Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria
16	<input type="checkbox"/>	P- Educación
17	<input type="checkbox"/>	Q- Actividades sanitarias y de servicios sociales
18	<input type="checkbox"/>	R- Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento
19	<input type="checkbox"/>	S- Otros servicios
20	<input type="checkbox"/>	T- Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio
21	<input type="checkbox"/>	U- Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales
99	<input type="checkbox"/>	NS/NC

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

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

ENTREVISTADOR: Anote la situación o rango profesional que desempeña de forma detallada en la línea de abajo y CODIFICARLA en la tabla. Además, VER TARJETA 3 y anotar el código de dos dígitos de la ocupación concreta.

ANOTAR RANGO PROFESIONAL: _____
 ANOTAR CÓDIGO CON DOS DÍGITOS: _____

1	<input type="checkbox"/>	Directores y gerentes
2	<input type="checkbox"/>	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
3	<input type="checkbox"/>	Técnicos; profesionales de apoyo
4	<input type="checkbox"/>	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina
5	<input type="checkbox"/>	Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores
6	<input type="checkbox"/>	Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero
7	<input type="checkbox"/>	Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)
8	<input type="checkbox"/>	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
9	<input type="checkbox"/>	Ocupaciones elementales
10	<input type="checkbox"/>	Ocupaciones militares
99	<input type="checkbox"/>	NS/NC

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

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

D13. ¿Qué tipo de jornada tiene o tenía habitualmente en su último trabajo principal?

1	<input type="checkbox"/>	Jornada partida (mañana y tarde)
2	<input type="checkbox"/>	Jornada continua de mañana (por ejemplo, de 8 a 15)
3	<input type="checkbox"/>	Jornada continua de tarde (por ejemplo, de 13 a 21)
4	<input type="checkbox"/>	Jornada continua de noche
5	<input type="checkbox"/>	Jornada reducida
6	<input type="checkbox"/>	Turnos rotatorios, excepto el de noche
7	<input type="checkbox"/>	Turnos rotatorios, con el de noche
8	<input type="checkbox"/>	Horario irregular
9	<input type="checkbox"/>	Otro tipo
99	<input type="checkbox"/>	NS/NC

D16. Le voy a preguntar de forma aproximada por los ingresos mensuales netos de su hogar en la actualidad. Cuente:

- 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:

1		Hasta 499 €
2		De 500 a 799 €
3		De 800 a 999 €
4		De 1.000 a 1.499 €
5		De 1.500 a 1.999 €
6		De 2.000 a 2.499 €
7		De 2.500 a 2.999 €
8		De 3.000 a 4.999 €
9		De 5.000 a 6.999 €
10		Más de 6.999 €
99		NS/NC

D17. Dígame por favor el número de personas que componen su hogar incluyéndose usted mismo. 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. Es decir, no aportan ingresos al hogar pero tampoco realizan gastos con cargo al presupuesto familiar.
 - Son invitados de corta estancia.
 - Son huéspedes o realquilados.
 - Son servicio doméstico NO interno.
- 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 aporta el dinero para que puedan hacer frente a sus gastos.
- En cualquier caso se consideran personas que residen en el hogar las personas que por razones de **desplazamiento temporal** no están actualmente en el hogar:
- 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 centros penitenciarios, etc.

Nº de personas que componen el hogar (incluyéndose usted) / _/_/_/

Ya hemos terminado la entrevista. Agradecemos sinceramente su cooperación.

Para controlar la calidad de nuestra encuesta tomaremos contacto telefónico con una parte de los participantes en la misma para verificar que el entrevistador ha seguido correctamente los procedimientos establecidos. Sólo le preguntaremos cuestiones generales, ninguna información específica. A estos efectos, ¿me podría decir su nombre de pila y el número de teléfono de la casa y/o de su móvil?

Entrevistador/a: Anote la respuesta en el lugar reservado para ello en la última página. Aproveche para rellenar también los datos relativos a la dirección, ciudad, etc.

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Entrevistador: Por favor complete los datos siguientes.

Fecha de la entrevista _____

Hora _____

Duración de la entrevista en minutos _____

Nombre de pila _____

Teléfono de la casa (número) _____

Teléfono móvil _____

1	<input type="checkbox"/>	Tiene teléfono y da el número
2	<input type="checkbox"/>	No tiene teléfono
3	<input type="checkbox"/>	Tiene teléfono y no da el número

Entrevistador/a: por favor completar los datos siguientes (en letra de imprenta clara)

Dirección _____

Ciudad _____ Provincia _____ Código Postal _____

Para ser relleno por el ENTREVISTADOR

Ent1. ¿El entrevistado/a ha respondido por si mismo los bloques autorrellenables del cuestionario de consumo de sustancias o le ha tenido que prestar ayuda?

1	<input type="checkbox"/>	Si, ha respondido por su cuenta	→ Pasar a pregunta Ent4.
2	<input type="checkbox"/>	No, ha necesitado ayuda	

Ent2. ¿Cuáles no ha autorespondido o ha necesitado ayuda?

1	<input type="checkbox"/>	Alcohol	12	<input type="checkbox"/>	Heroína
2	<input type="checkbox"/>	Tabaco	13	<input type="checkbox"/>	Inhalables Volátiles
3	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somniferos	14	<input type="checkbox"/>	GHB
4	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somniferos sin receta	15	<input type="checkbox"/>	Metanfetaminas
5	<input type="checkbox"/>	Cánnabis Marihuana o Hachis	16	<input type="checkbox"/>	Setas mágicas
6	<input type="checkbox"/>	Cocaína en polvo	17	<input type="checkbox"/>	Drogas Inyectadas
7	<input type="checkbox"/>	Cocaína en forma de base	18	<input type="checkbox"/>	Nuevas sustancias
8	<input type="checkbox"/>	Éxtasis u otras drogas de síntesis	19	<input type="checkbox"/>	Tratamiento
9	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas o Speed	20	<input type="checkbox"/>	Juego
10	<input type="checkbox"/>	Alucinógenos	21	<input type="checkbox"/>	Uso de Internet
11	<input type="checkbox"/>	Heroína	22	<input type="checkbox"/>	Salud

Ent3. ¿Y por qué razón no la ha autorrespondido?

1	<input type="checkbox"/>	Por estar incapacitado
2	<input type="checkbox"/>	Por no saber leer o escribir
3	<input type="checkbox"/>	Porque no ha querido

Ent4. ¿Qué grado de sinceridad cree que ha habido en la encuesta?

1	<input type="checkbox"/>	Nada
2	<input type="checkbox"/>	Poco
3	<input type="checkbox"/>	Bastante
4	<input type="checkbox"/>	Mucho

Ent5. Si el entrevistado/a tenía menos de 18 años ¿qué adulto dio permiso para entrevistarle? (padre, madre, etc.)

1	<input type="checkbox"/>	Padre
2	<input type="checkbox"/>	Madre
3	<input type="checkbox"/>	Abuelo, abuela
4	<input type="checkbox"/>	Otro adulto (especificar): _____

Ent6. Estimación de la comprensión del cuestionario:

1	<input type="checkbox"/>	Ninguna dificultad, sin problemas de lenguaje o lectura
2	<input type="checkbox"/>	Sólo alguna dificultad, casi sin problemas de lenguaje o lectura
3	<input type="checkbox"/>	Bastante dificultad, algunos problemas de lenguaje o lectura
4	<input type="checkbox"/>	Mucha dificultad, problemas considerables de lenguaje o lectura

Ent7. Rellene las siguientes casillas si el encuestado le ha manifestado durante o al final de la entrevista las siguientes opiniones sobre el cuestionario: *Entrevistador: Marque tantas como haya indicado.*

1	<input type="checkbox"/>	El cuestionario autoadministrado era muy difícil de contestar
2	<input type="checkbox"/>	El cuestionario autoadministrado era muy repetitivo
3	<input type="checkbox"/>	El cuestionario autoadministrado no lo ha querido rellenar en su totalidad
4	<input type="checkbox"/>	El cuestionario autoadministrado tiene una letra demasiado pequeña
5	<input type="checkbox"/>	El cuestionario autoadministrado tenía una duración excesiva
6	<input type="checkbox"/>	La encuesta en general es demasiado larga
7	<input type="checkbox"/>	Otros(especifique): _____
8	<input type="checkbox"/>	Ninguna

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A _____ D.N.I. _____

Observaciones

