



Cuestionario Autorrellenable

Rellenar entrevistador

Nº de cuestionario: _____	[1]	<input type="text"/>					
Provincia: _____	[2]	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Municipio: _____	[3]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Sección censal: _____		<input type="text"/>					
Nº de ruta: _____	[4]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº de hogar de la ruta: _____	[5]	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Encuesta Estatal DGPNSD

Instrucciones

➤ En algunas preguntas se indaga el número de días que usted ha consumido una determinada sustancia.

Revise 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 más 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.

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

• En los tres siguientes ejemplos debe marcar la categoría 4 “Entre 20-29 días”:

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

Debe marcar la categoría 4 “Entre 20-29 días”

• En los cuatro siguientes ejemplos debe marcar la categoría 5 “Entre 30-150 días”:

- Ha bebido todos los días durante los últimos **30** días (sin fallar un solo día).
- Ha bebido 15 días seguidos (por ejemplo, en fiestas) y 2 días a la semana durante 2 meses (8 semanas)= 15 +(2 x 8)= **31** días.
- 1 día por semana durante 12 meses (52 semanas) = 1 día x 52 semanas= **52** días.
- 3 días por semana durante 6 meses (26 semanas) = 3 días x 26 semanas= **78** días

Debe marcar la categoría 5 “Entre 30-150 días”

• Si ha bebido más días, debe marcar la categoría 6 “Más de 150 días”.

[1]	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
[2]	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
[3]	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
[4]	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
[5]	<input type="checkbox"/>	Entre 30-150 días
[6]	<input type="checkbox"/>	Más de 150 días
[7]	<input type="checkbox"/>	No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.
[0]	<input type="checkbox"/>	Nunca he tomado bebidas alcohólicas.

➤ Hay preguntas que hacen referencia a un período 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 \odot y marque con una \times la respuesta correcta.

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

[1]	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
[2]	<input checked="" type="checkbox"/>	Entre 4-9 días respuesta incorrecta
[3]	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
[4]	<input checked="" type="checkbox"/>	Entre 20-29 días respuesta correcta
[5]	<input type="checkbox"/>	Entre 30-150 días
[6]	<input type="checkbox"/>	Más de 150 días
[7]	<input type="checkbox"/>	No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses.
[0]	<input type="checkbox"/>	Nunca he tomado bebidas alcohólicas.

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



ALCOHOL

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

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

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, alguna vez he tomado una bebida alcohólica |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he tomado una bebida alcohólica |

7. ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó cualquier clase de bebida alcohólica? No incluya sorbos de la bebida de otra persona. Si usted no puede recordar exactamente qué edad tenía, indique una edad aproximada. Escriba los años que tenía en la casilla o marque con una "X" el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE CUALQUIER BEBIDA ALCOHÓLICA: AÑOS

- | | | |
|-----|--------------------------|---------------------------------------|
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he tomado una bebida alcohólica |
|-----|--------------------------|---------------------------------------|

8. ¿Cuántos días tomó usted una o más bebidas alcohólicas durante estos últimos 12 meses? Recuerde los ejemplos que leyó al inicio del cuestionario.

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Entre 30-150 días |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Más de 150 días |
| (8) | <input type="checkbox"/> | No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he tomado bebidas alcohólicas |

9. ¿Durante estos últimos 12 meses, cuántos días se ha emborrachado?

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | 30 días o más |
| (6) | <input type="checkbox"/> | No me he emborrachado en los últimos 12 meses |
| (8) | <input type="checkbox"/> | No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he tomado bebidas alcohólicas |

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

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | 30 días |
| (7) | <input type="checkbox"/> | No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he tomado bebidas alcohólicas |

11. ¿Durante los últimos 30 días, en los días que usted tomó alcohol, cuántas bebidas se tomaba de costumbre? Cuente como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champaña, o jerez, una copa de licor o un combinado. Escriba en la casilla el número de bebidas.

ANOTE EL N° BEBIDAS:

(77)	<input type="checkbox"/>	No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días
(00)	<input type="checkbox"/>	Nunca he tomado una bebida alcohólica

12. ¿Durante los últimos 30 días, cuántos días ha tomado usted cinco o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión? Entendiendo por “ocasión” el tomar varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. Incluya las bebidas tomadas durante las comidas. Escriba en la casilla el número de días.

ANOTE EL N° DE DÍAS:

(98)	<input type="checkbox"/>	No he tomado 5 ó más bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días
(77)	<input type="checkbox"/>	No he tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días
(00)	<input type="checkbox"/>	Nunca he tomado una bebida alcohólica

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SOLAMENTE A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

13-24. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

DIAS LABORABLES (LUNES A JUEVES)	VINO/ CHAMPÁN [13]	CERVEZA/ SIDRA [14]	APERITIVOS/ VERMÚ [15]	COMBINADOS/ CUBATAS [16]	LICORES DE FRUTAS [17]	LICORES FUERTES [18]
Todos los días laborables	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
3 días laborables por semana	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
2 días laborables por semana	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
1 día laborable por semana	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
Menos de un día laborable por semana	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
No he consumido este tipo de bebidas en día laborable en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)
No he consumido nunca ese tipo de bebidas	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)
FINES DE SEMANA (VIERNES, SÁBADO O DOMINGO)	VINO/ CHAMPÁN [19]	CERVEZA/ SIDRA [20]	APERITIVOS/ VERMÚ [21]	COMBINADOS/ CUBATAS [22]	LICORES DE FRUTAS [23]	LICORES FUERTES [24]
Todos los fines de semana	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
3 fines de semana	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
2 fines de semana	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
1 fin de semana	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
No he consumido este tipo de bebidas en fin de semana en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)	<input type="checkbox"/> (6)
No he consumido nunca ese tipo de bebidas	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)

25-40. ¿Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, qué cantidad ha consumido?

- los días laborables (lunes, martes, miércoles, jueves). Indique cantidad por día.

- los fines de semana (viernes, sábado, domingo). Indique la cantidad para el conjunto del fin de semana.

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

UN DÍA LABORABLE (Lunes, Martes, Miércoles o Jueves)

CANTIDAD DURANTE UN DÍA LABORABLE (L.M.X.J.)

Número de vasos o copas de vino/champaña	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[25]
Número de vasos, cañas o botellines de cerveza/sidra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[26]
Número de vasos o copas de aperitivos (vermú, jerez, finos,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[27]
Número de vasos de combinados o cubatas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[28]
Número de copas de licores de frutas solos (pacharán, manzana, pera..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[29]
Número de copas de licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[30]
(6) No he tomado bebidas alcohólicas en día laborable durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>		[31]
(0) Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/>		[32]

UN FIN DE SEMANA COMPLETO (Viernes+Sábado+Domingo)

CANTIDAD DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO (V+S+D)

Número de vasos o copas de vino/champaña	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[33]
Número de vasos, cañas o botellines de cerveza/sidra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[34]
Número de vasos o copas de aperitivos (vermú, jerez, finos,...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[35]
Número de vasos de combinados o cubatas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[36]
Número de copas de licores de frutas solos (pacharán, manzana, pera..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[37]
Número de copas de licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky..)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	[38]
(6) No he tomado bebidas alcohólicas en fin de semana durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/>		[39]
(0) Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/>		[40]

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

**USTED HA TERMINADO LAS PREGUNTAS SOBRE EL ALCOHOL. GRACIAS.
SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO.**

TABACO

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

41. ¿Ha fumado usted alguna vez un cigarrillo u otro tipo de tabaco, aunque fuera sólo una o dos caladas?

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, he fumado un cigarrillo alguna vez, por lo menos 1 ó 2 caladas |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco |

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

ANOTE EDAD EN QUE FUMÓ TABACO POR PRIMERA VEZ: AÑOS

- | | | |
|------|--------------------------|---|
| (00) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco |
|------|--------------------------|---|

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

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Menos de 30 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Más de 1 mes pero menos de un año |
| (3) | <input type="checkbox"/> | 1 año o más |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco |

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

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | 30 días |
| (7) | <input type="checkbox"/> | No he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco en los últimos 30 días |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco |

45-48. ¿Durante los últimos 30 días, por término medio, qué número de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba? Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

- | | | | | | |
|-----|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------|
| (1) | <input type="text"/> | Cigarrillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [46] |
| (2) | <input type="text"/> | Puros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [47] |
| (3) | <input type="text"/> | Pipas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | [48] |
| (7) | <input type="checkbox"/> | No he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco en los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> | | |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco | <input type="checkbox"/> | | |

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

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, alguna vez he fumado todos los días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | No he fumado en ninguna ocasión todos los días |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he fumado un cigarrillo u otro tipo de tabaco |

50. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco todos los días? Escriba en la casilla los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE EDAD EN QUE EMPEZÓ A FUMAR DIARIAMENTE: AÑOS

(98)	<input type="checkbox"/>	Nunca he fumado todos los días
(00)	<input type="checkbox"/>	Nunca he fumado en mi vida

51-52. ¿Durante cuántos años ha fumado todos los días? Escriba en la casilla los años o marque el recuadro correspondiente.

ANOTE EL N° DE AÑOS:

(99)	<input type="checkbox"/>	He fumado todos los días, pero durante menos de 1 año completo
(98)	<input type="checkbox"/>	He fumado alguna vez, pero nunca todos los días
(00)	<input type="checkbox"/>	Nunca he fumado en mi vida

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

**USTED HA TERMINADO LAS PREGUNTAS SOBRE DEL TABACO. GRACIAS.
SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO.**

Encuesta Estatal DGPNDS

OTRAS SUSTANCIAS

LE PEDIMOS QUE CONTESTE A ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE OTROS TIPOS DE DROGAS:

- **CANNABIS O MARIHUANA** [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- **COCAÍNA EN POLVO** [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO** [gammahidroxitirato, X-líquido, gamma-OH]
- **ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO**
- **ESPID O ANFETAMINAS** [metanfetamina, anfetam, ice, cristal]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imaldene]

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.*

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

- | | | |
|-----|--|---|
| (1) | | Sí, he consumido cannabis o marihuana |
| (0) | | Nunca he consumido cannabis o marihuana |

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

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE CANNABIS O MARIHUANA: AÑOS

- | | | |
|------|--|---|
| (00) | | Nunca he consumido cannabis o marihuana |
|------|--|---|

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

- | | | |
|-----|--|--|
| (1) | | Entre 1-3 días |
| (2) | | Entre 4-9 días |
| (3) | | Entre 10-19 días |
| (4) | | Entre 20-29 días |
| (5) | | Entre 30-150 días |
| (6) | | Más de 150 días |
| (8) | | No he consumido cannabis o marihuana en los últimos 12 meses |
| (0) | | Nunca he consumido cannabis o marihuana |

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

- | | | |
|-----|--|---|
| (1) | | Entre 1-3 días |
| (2) | | Entre 4-9 días |
| (3) | | Entre 10-19 días |
| (4) | | Entre 20-29 días |
| (5) | | 30 días |
| (7) | | No he consumido cannabis o marihuana en los últimos 30 días |
| (0) | | Nunca he consumido cannabis o marihuana |

BASE ó 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.

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

- | | |
|-----|---|
| (1) | Sí, he consumido cocaína en forma de base |
| (0) | Nunca he consumido cocaína en forma de base |

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

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE COCAINA DE BASE: AÑOS

- | | |
|------|---|
| (00) | Nunca he consumido cocaína en forma de base |
|------|---|

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

- | | |
|-----|--|
| (1) | Entre 1-3 días |
| (2) | Entre 4-9 días |
| (3) | Entre 10-19 días |
| (4) | Entre 20-29 días |
| (5) | Entre 30-150 días |
| (6) | Más de 150 días |
| (8) | No he consumido cocaína en forma de base en los últimos 12 meses |
| (0) | Nunca he consumido cocaína en forma de base |

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

- | | |
|-----|---|
| (1) | Entre 1-3 días |
| (2) | Entre 4-9 días |
| (3) | Entre 10-19 días |
| (4) | Entre 20-29 días |
| (5) | 30 días |
| (7) | No he consumido cocaína en forma de base en los últimos 30 días |
| (0) | Nunca he consumido cocaína en forma de base |

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.

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

- | | |
|-----|-------------------------------------|
| (1) | Sí, he consumido cocaína en polvo |
| (0) | Nunca he consumido cocaína en polvo |

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

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE COCAINA EN POLVO: AÑOS

(00) Nunca he consumido cocaína en polvo

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

(1)	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
(2)	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
(3)	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
(4)	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
(5)	<input type="checkbox"/>	Entre 30-150 días
(6)	<input type="checkbox"/>	Más de 150 días
(8)	<input type="checkbox"/>	No he consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido cocaína en polvo

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

(1)	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
(2)	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
(3)	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
(4)	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
(5)	<input type="checkbox"/>	30 días
(7)	<input type="checkbox"/>	No he consumido cocaína en polvo en los últimos 30 días
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido cocaína en polvo

ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO

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

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

(1)	<input type="checkbox"/>	Sí, he consumido éxtasis o drogas de diseño
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido éxtasis o drogas de diseño

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

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO: AÑOS

(00) Nunca he consumido éxtasis o drogas de diseño

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

(1)	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
(2)	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
(3)	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
(4)	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
(5)	<input type="checkbox"/>	Entre 30-150 días
(6)	<input type="checkbox"/>	Más de 150 días
(8)	<input type="checkbox"/>	No he consumido éxtasis o drogas de diseño en los últimos 12 meses
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido éxtasis o drogas de diseño

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

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	30 días
(7)	No he consumido éxtasis o drogas de diseño en los últimos 30 días
(0)	Nunca he consumido éxtasis o drogas de diseño

ESPID O ANFETAMINAS

[anfetas, metanfetamina, ice, cristal]

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

69. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, ANFETAMINAS O ESPID?

(1)	Sí, he consumido anfetaminas o espid
(0)	Nunca he consumido anfetaminas o espid

70. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ANFETAMINAS O ESPID? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE ANFETAMINAS O ESPID: AÑOS

(00)	Nunca he consumido anfetaminas o espid
------	--

71. ¿Cuántos días ha consumido ANFETAMINAS O ESPID en los últimos 12 meses?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	Entre 30-150 días
(6)	Más de 150 días
(8)	No he consumido anfetaminas o espid en los últimos 12 meses
(0)	Nunca he consumido anfetaminas o espid

72. ¿Cuántos días ha consumido ANFETAMINAS O ESPID en los últimos 30 días?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	30 días
(7)	No he consumido anfetaminas o espid en los últimos 30 días
(0)	Nunca he consumido anfetaminas o espid

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.

73. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, ALUCINÓGENOS [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]?

- | | | |
|-----|--------------------------|---------------------------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, he consumido alucinógenos |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido alucinógenos |

74. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ALUCINÓGENOS? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE ALUCINÓGENOS: AÑOS

- | | | |
|------|--------------------------|---------------------------------|
| (00) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido alucinógenos |
|------|--------------------------|---------------------------------|

75. ¿Cuántos días ha consumido ALUCINÓGENOS en los últimos 12 meses?

- | | | |
|-----|--------------------------|--|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | Entre 30-150 días |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Más de 150 días |
| (8) | <input type="checkbox"/> | No he consumido alucinógenos en los últimos 12 meses |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido alucinógenos |

76. ¿Cuántos días ha consumido ALUCINÓGENOS en los últimos 30 días?

- | | | |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Entre 1-3 días |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Entre 4-9 días |
| (3) | <input type="checkbox"/> | Entre 10-19 días |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Entre 20-29 días |
| (5) | <input type="checkbox"/> | 30 días |
| (7) | <input type="checkbox"/> | No he consumido alucinógenos en los últimos 30 días |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido alucinógenos |

HEROÍNA

[caballo, jaco]

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

77. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, HEROÍNA [caballo, jaco]?

- | | | |
|-----|--------------------------|----------------------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, he consumido heroína |
| (0) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido heroína |

78. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió HEROÍNA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE HEROÍNA: AÑOS

- | | | |
|------|--------------------------|----------------------------|
| (00) | <input type="checkbox"/> | Nunca he consumido heroína |
|------|--------------------------|----------------------------|

79. ¿Cuántos días ha consumido HEROÍNA en los últimos 12 meses?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	Entre 30-150 días
(6)	Más de 150 días
(8)	No he consumido heroína en los últimos 12 meses
(0)	Nunca he consumido heroína

80. ¿Cuántos días ha consumido HEROÍNA en los últimos 30 días?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	30 días
(7)	No he consumido heroína en los últimos 30 días
(0)	Nunca he consumido heroína

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.

81. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, INHALABLES VOLÁTILES [cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]?

(1)	Sí, he consumido inhalables volátiles
(0)	Nunca he consumido inhalables volátiles

82. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió INHALABLES VOLÁTILES? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE INHALABLES VOLÁTILES: AÑOS

(00)	Nunca he consumido inhalables volátiles
------	---

83. ¿Cuántos días ha consumido INHALABLES VOLÁTILES en los últimos 12 meses?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	Entre 30-150 días
(6)	Más de 150 días
(8)	No he consumido inhalables volátiles en los últimos 12 meses
(0)	Nunca he consumido inhalables volátiles

84. ¿Cuántos días ha consumido INHALABLES VOLÁTILES en los últimos 30 días?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	30 días
(7)	No he consumido inhalables volátiles en los últimos 30 días
(0)	Nunca he consumido inhalables volátiles

TRANQUILIZANTES O SEDANTES

[pastillas para calmar los nervios o la ansiedad]

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

85. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, TRANQUILIZANTES O SEDANTES, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad?

(1)	Sí, he consumido tranquilizantes o sedantes
(0)	Nunca he consumido tranquilizantes o sedantes

86. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió TRANQUILIZANTES O SEDANTES? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE TRANQUILIZANTES O SEDANTES: AÑOS

(00)	Nunca he consumido tranquilizantes o sedantes
------	---

87. ¿Cuántos días ha consumido TRANQUILIZANTES O SEDANTES en los últimos 12 meses?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	Entre 30-150 días
(6)	Más de 150 días
(8)	No he consumido tranquilizantes o sedantes en los últimos 12 meses
(0)	Nunca he consumido tranquilizantes o sedantes

88. ¿Cuántos días ha consumido TRANQUILIZANTES O SEDANTES en los últimos 30 días?

(1)	Entre 1-3 días
(2)	Entre 4-9 días
(3)	Entre 10-19 días
(4)	Entre 20-29 días
(5)	30 días
(7)	No he consumido tranquilizantes o sedantes en los últimos 30 días
(0)	Nunca he consumido tranquilizantes o sedantes

SOMNÍFEROS

[pastillas para dormir]

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

89. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida, SOMNÍFEROS, es decir, pastillas para dormir?

(1)	<input type="checkbox"/>	Sí, he consumido somníferos
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido somníferos

90. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió SOMNÍFEROS? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE SOMNÍFEROS: AÑOS

(00)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido somníferos
------	--------------------------	-------------------------------

91. ¿Cuántos días ha consumido SOMNÍFEROS en los últimos 12 meses?

(1)	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
(2)	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
(3)	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
(4)	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
(5)	<input type="checkbox"/>	Entre 30-150 días
(6)	<input type="checkbox"/>	Más de 150 días
(8)	<input type="checkbox"/>	No he consumido somníferos en los últimos 12 meses
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido somníferos

92. ¿Cuántos días ha consumido SOMNÍFEROS en los últimos 30 días?

(1)	<input type="checkbox"/>	Entre 1-3 días
(2)	<input type="checkbox"/>	Entre 4-9 días
(3)	<input type="checkbox"/>	Entre 10-19 días
(4)	<input type="checkbox"/>	Entre 20-29 días
(5)	<input type="checkbox"/>	30 días
(7)	<input type="checkbox"/>	No he consumido somníferos en los últimos 30 días
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido somníferos

TRANQUILIZANTES SIN RECETA

[pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, obtenidos sin receta]

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

93. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido TRANQUILIZANTES O SEDANTES, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, sin receta médica?

(1)	<input type="checkbox"/>	Sí, he consumido algún tranquilizante sin receta médica en los últimos 12 meses
(8)	<input type="checkbox"/>	No he consumido tranquilizantes sin receta médica en los últimos 12 meses
(0)	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido tranquilizantes sin receta médica

94. ¿A qué edad tomó por primera vez UN TRANQUILIZANTE sin receta médica? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE TRANQUILIZANTE SIN RECETA MÉDICA: AÑOS

(00) Nunca he consumido tranquilizantes sin receta médica

SOMNÍFEROS SIN RECETA

95. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido SOMNÍFEROS, es decir, pastillas para dormir, sin receta médica?

(1) Sí, he consumido algún somnífero en los últimos 12 meses sin receta médica

(8) No he consumido somníferos sin receta médica en los últimos 12 meses

(0) Nunca he consumido somníferos sin receta médica

96. ¿A qué edad tomó por primera vez UN SOMNÍFERO sin receta médica? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros en la casilla o marque el recuadro.

ANOTE EDAD DEL PRIMER CONSUMO DE SOMNÍFERO SIN RECETA MÉDICA: AÑOS

(00) Nunca he consumido somnífero sin receta médica

DROGAS INYECTADAS

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

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

(1) Sí, alguna vez me he inyectado heroína, cocaína o drogas ilegales

(0) Nunca me he inyectado heroína, cocaína o drogas ilegales

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

(1) Sí

(8) No me he inyectado heroína, cocaína o drogas ilegales en los últimos 12 meses

(0) Nunca me he inyectado heroína, cocaína o drogas ilegales

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

USTED HA TERMINADO LAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE DIVERSAS SUSTANCIAS.
GRACIAS. SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES,
DÍGASELO AL ENTREVISTADOR. POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO.

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

99. ¿En los últimos 12 meses, cuántas veces ha sido atendido por algún servicio médico de urgencias (ambulancia, hospital, casa de socorro, médico, etc.)?

ANOTE EL N° DE VECES:

(88) No he sido atendido por un servicio médico de urgencias en los últimos 12 meses

100-104. ¿Por cuáles de los siguientes servicios médicos de urgencia ha sido atendido en los últimos 12 meses?

Servicio privado de urgencias (centro, mutua, sanatorio, clínica, médico, hospital privado)	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[100]
Ambulancia (Samur, 061, etc)	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[101]
Servicio de urgencias de un hospital gratuito (hospital de la seguridad social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento, etc.)	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[102]
Urgencias no hospitalarias gratuitas (centro de salud, consultorio, ambulatorio, casa socorro, médico de la seguridad social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento)	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[103]
Otro	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[104]
No he sido atendido por un servicio médico de urgencias en los últimos 12 meses			<input type="checkbox"/> (8)

105-107. ¿Y podría decirme si en estos últimos 12 meses ha sido atendido por servicios de urgencias por alguna de las siguientes causas?

Sobredosis o intoxicación por drogas ilegales, o por drogas combinadas con alcohol o medicamentos	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[105]
Infecciones u otros problemas de salud relacionados con el consumo de drogas ilegales solas o combinadas con alcohol o medicamentos	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[106]
Borrachera o intoxicación por alcohol sin combinar con drogas ilegales o medicamentos	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[107]
No he sido atendido por un servicio médico de urgencias en los últimos 12 meses			<input type="checkbox"/> (8)

Ahora le voy a preguntar sobre TRATAMIENTOS PARA DEJAR EL CONSUMO DE DROGAS.

108. ¿Alguna vez en la vida ha iniciado un tratamiento ambulatorio para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra droga (también llamados tratamientos de deshabituación) o un tratamiento de mantenimiento con metadona? [No considere los tratamientos realizados estando ingresado todo el tiempo en una comunidad terapéutica, en un hospital o una clínica. Tampoco considere los intentos de reducir o abandonar el consumo por su cuenta sin ayuda profesional]

- (1) Sí, alguna vez he iniciado un tratamiento ambulatorio de ese tipo
- (0) Nunca he iniciado un tratamiento ambulatorio de ese tipo

109. ¿Y en los últimos 12 meses, ha iniciado algún tratamiento de ese tipo? [Marque la segunda opción si el tratamiento lo inició hace más de 12 meses]

- (1) Sí, en los últimos 12 meses he iniciado un tratamiento de ese tipo
- (8) No he iniciado un tratamiento de ese tipo en los últimos 12 meses
- (0) Nunca he iniciado un tratamiento de ese tipo

110. ¿Cuál fue la droga principal o más importante que motivó el tratamiento que usted ha iniciado en estos últimos 12 meses? En caso de que en dicho período haya iniciado más de un tratamiento, considere sólo el primero [Marque un solo recuadro]

(01)	Tabaco
(02)	Alcohol
(03)	Heroína
(04)	Cocaína
(05)	Heroína + Cocaína
(06)	Cannabis
(07)	Anfetaminas o éxtasis
(09)	Tranquilizantes o somníferos
(10)	Otra droga
(88)	No he iniciado tratamiento de ese tipo en los últimos 12 meses
(00)	Nunca he iniciado un tratamiento de ese tipo

111. ¿En los últimos 12 meses, ha estado en algún momento en un tratamiento de mantenimiento con metadona?

(1)	Sí, he estado en un tratamiento de metadona en los últimos 12 meses
(8)	No he estado en un tratamiento de metadona en los últimos 12 meses
(0)	Nunca he iniciado un tratamiento de ese tipo

112. ¿Conoce personalmente a alguien que haya consumido heroína o se haya inyectado drogas ilegales en los últimos 12 meses?

(1)	Sí, conozco a alguien
(0)	No, no conozco a nadie

113-167. 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 drogas ilegales en los últimos 12 meses?			¿Ha consumido heroína en los últimos 12 meses?			¿Ha <u>iniciado</u> un tratamiento ambulatorio por drogas ilegales en los últimos 12 meses?			¿Estuvo motivado dicho tratamiento por la heroína?			¿Ha estado en mantenimiento con metadona en los <u>últimos 12 meses</u> ?		
		SÍ (1)	NO (8)	NO SABE (9)	SÍ (1)	NO (8)	NO SABE (9)	SÍ (1)	NO (8)	NO SABE (9)	SÍ (1)	NO (8)	NO SABE (9)	SÍ (1)	NO (8)	NO SABE (9)
01	_____ [113]															
02	_____ [119]															
03	_____ [125]															
04	_____ [131]															
05	_____ [137]															
06	_____ [143]															
07	_____ [149]															
08	_____ [155]															
09	_____ [161]															
10	_____ [167]															

No conozco personalmente a nadie que haya consumido heroína o se haya inyectado drogas ilegales en los últimos 12 meses

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

175-189. Señale si alguna vez en la vida el consumo de alcohol, medicamentos u otras drogas le han producido a usted alguno de los siguientes problemas. Marque todos los que considere.

Accidentes laborales	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[175]
Accidentes de tráfico	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[176]
Otros problemas de salud física o psíquica	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[177]
Conflictos familiares	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[178]
Disputas o conflictos con amigos, compañeros o vecinos	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[179]
Otros problemas de relación con los demás	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[180]
Faltar algún día al trabajo	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[181]
Disminución del rendimiento laboral	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[182]
Despidos	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[183]
Otras sanciones en la empresa	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[184]
Dificultades económicas	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[185]
Conflictos con la policía o la ley	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[186]
Otros problemas	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[187]
Nunca he tenido problemas de este tipo	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[188]
Nunca he consumido alcohol u otras drogas	SI <input type="checkbox"/> (1)	NO <input type="checkbox"/> (0)	[189]

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

Encuesta Estatal