



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



**CUESTIONARIO**

**ENTREVISTADOR**

Encuesta  
Domiciliaria sobre  
Alcohol y Drogas  
en España  
**2011**

|                             |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nº DE RUTA.....             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PROVINCIA.....              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| MUNICIPIO.....              | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| DISTRITO.....               | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| SECCIÓN.....                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
| Nº DE HOGAR EN LA RUTA..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |                      |
| Nº DE ENTREVISTADOR.....    | <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:

- Redondeando de forma CLARA la/s opción/es mencionada/s por el/la entrevistado/a. Asegúrese de que el redondeo MARQUE SÓLO la opción seleccionada. Si la respuesta no encaja en ninguna categoría predefinida, escriba LITERALMENTE lo expresado por el/la entrevistado/a 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/la entrevistado/a y coméntelo luego con el/la revisor/a 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/la entrevistador/a 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/de la entrevistado/a. 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/a la entrevistado/a 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/la entrevistado/a 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 type="checkbox"/>            | Nada importante | Respuesta incorrecta <input type="checkbox"/>          |
| (02) | <input checked="" type="checkbox"/> | Algo importante | Respuesta correcta <input checked="" type="checkbox"/> |
| (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/a 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/la entrevistado/a. Conteste siempre a todas sus dudas. Piense que muchas veces su desconfianza puede estar justificada por experiencias pasadas y sea honesto/a siempre en sus planteamientos.

## PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes/noches soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Política Social 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 y en el lugar de trabajo.

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

**(ENTREVISTADOR: SELECCIONAR LA PERSONA A ENTREVISTAR)**

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

Hola soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Política Social 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 y en el lugar de trabajo.

Las respuestas nunca se podrán relacionar con personas concretas, ya que son anónimas. Nunca podremos volver para aclarar datos dudosos o erróneos, por lo que es fundamental que nos dé información lo más precisa posible. 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, Política Social 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 EL/ELLA LO VEAN, Y CONTINÚE):

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

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

##### “Párrafo B”

Hola soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Política Social 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

D1 Sexo:

- |     |                          |        |
|-----|--------------------------|--------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Hombre |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Mujer  |

D2 ¿Cuántos años tiene Vd.? /\_/\_/

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, 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)   |
| (6) | <input type="checkbox"/> | Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado)  |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC   |

D6 ¿Ha nacido usted en España?

- |     |                          |       |               |
|-----|--------------------------|-------|---------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí    | => Pasar a S1 |
| (2) | <input type="checkbox"/> | No    |               |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC |               |

D7 ¿En qué país nació?:

- |     |                          |                        |
|-----|--------------------------|------------------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Especificar país:..... |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC                  |

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

- |     |                          |                   |
|-----|--------------------------|-------------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Nº de años: ..... |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC             |

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

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

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

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

**S2. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántas veces ha sufrido heridas, lesiones o traumatismos físicos agudos que le han obligado a usted a recibir asistencia sanitaria?** Incluya como asistencia sanitaria cualquier atención, sea o no urgente, por parte de ambulancias o personal médico o de enfermería. Leer respuestas. **Tenga en cuenta que nos referimos al número de lesiones, no al de visitas médicas.**

|     |                          |                |
|-----|--------------------------|----------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Nunca          |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Una vez        |
| (3) | <input type="checkbox"/> | 2 veces        |
| (4) | <input type="checkbox"/> | Más de 2 veces |
| (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/a: 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/a: 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/a: Finalizados los bloques autorrellenables, cumplimente personalmente el resto del cuestionario.

## RIESGO Y OTRAS CUESTIONES

**R1. Ahora, nos gustaría saber su opinión sobre los problemas, de salud o de cualquier otro tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones. Leer todas las categorías despacio.**

|  | Ningún<br>Problema         | Pocos<br>Problemas         | Bastantes<br>Problemas     | Muchos<br>Problemas        | NS/NC                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Fumar un <b>paquete de tabaco</b> diario                                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Tomarse <b>5 ó 6 cañas/copas</b> el fin de semana                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Tomarse <b>5 ó 6 cañas/copas</b> cada día                                     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Fumar <b>hachís o marihuana</b> una vez o menos al mes                        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Fumar <b>hachís o marihuana</b> una vez por semana o más                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. Tomar <b>tranquilizantes / sedantes o somníferos</b> una vez o menos al mes   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| g. Tomar <b>tranquilizantes / sedantes o somníferos</b> una vez por semana o más | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| h. Probar <b>éxtasis</b> , una o dos veces en su vida                            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| i. Consumir <b>éxtasis</b> una vez o menos al mes                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| j. Consumir <b>éxtasis</b> una vez por semana o más                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| k. Probar <b>cocaína</b> una o dos veces en su vida                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| l. Consumir <b>cocaína</b> una vez o menos al mes                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| m. Consumir <b>cocaína</b> una vez por semana o más                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| n. Consumir <b>heroína</b> una vez o menos al mes                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| o. Consumir <b>heroína</b> una vez por semana o más                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| p. Consumir <b>alucinógenos</b> (ácidos, tripis, LSD) una vez o menos al mes     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| q. Probar <b>cocaína en forma de base o crack</b> 1 ó 2 veces en su vida         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| r. Consumir <b>GHB o éxtasis líquido</b> una vez o menos al mes                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| s. Consumir <b>GHB o éxtasis líquido</b> una vez por semana o más                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**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<br>imposible | Difícil                    | Relativamente<br>fácil     | Muy<br>fácil               | NS/NC                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Hachís, cannabis, marihuana         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Heroína                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Cocaína                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi...) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Éxtasis u otras drogas de síntesis  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. GHB o éxtasis líquido               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

**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<br>frecuente           | Frecuente                  | Poco<br>frecuente          | Nunca                      | NS/NC                      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Jeringuillas tiradas en el suelo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Personas inyectándose droga  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Personas drogadas caídas en el suelo   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Vendedores que ofrecen drogas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. Personas esnifando drogas por la nariz (ej. en el baño de bares o discotecas, portales, coches, etc) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

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                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Educación sobre las drogas en las escuelas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Administración médica de metadona a los consumidores de heroína                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| g. Control policial y de aduanas   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| h. Leyes estrictas contra las drogas   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| i. Legalización del hachís y la marihuana  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| j. Legalización de todas las drogas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

R6. ¿Por qué vía o vías **ha recibido**, principalmente, **información** sobre drogas? [MOSTRAR TARJETA 1]  
Puede marcar una o varias vías de información (señale las principales).

|      |                          |  |
|------|--------------------------|--|
| (1)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Páginas web  |
| (2)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Redes sociales   |
| (3)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Foros  |
| (4)  | <input type="checkbox"/> | Padres/familiares  |
| (5)  | <input type="checkbox"/> | Un amigo/a o conocido/a o compañero/a de trabajo                                 |
| (6)  | <input type="checkbox"/> | Profesionales sociosanitarios (médicos, enfermeras/os, trabajadores sociales...) |
| (7)  | <input type="checkbox"/> | Profesores/as  |
| (8)  | <input type="checkbox"/> | Charlas o cursos sobre el tema   |
| (9)  | <input type="checkbox"/> | Organismos oficiales (Ministerios, Consejerías, ...)                             |
| (10) | <input type="checkbox"/> | Libros y/o folletos  |
| (11) | <input type="checkbox"/> | Los medios de comunicación (prensa, TV o radio)                                  |
| (12) | <input type="checkbox"/> | La policía   |
| (13) | <input type="checkbox"/> | Personas que han tenido contacto con ellas                                       |
| (14) | <input type="checkbox"/> | Otros  |
| (15) | <input type="checkbox"/> | No he recibido información sobre dichas drogas                                   |
| (99) | <input type="checkbox"/> | NS/NC  |

R7. ¿Por qué vía o vías **le gustaría recibir** una información mejor y más objetiva sobre el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con ellas y sus formas de consumo? [MOSTRAR TARJETA 2]  
Puede marcar una o varias vías de información (señale las principales).

|      |                          |  |
|------|--------------------------|--|
| (1)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Páginas web  |
| (2)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Redes sociales   |
| (3)  | <input type="checkbox"/> | A través de Internet: Foros  |
| (4)  | <input type="checkbox"/> | Padres/familiares  |
| (5)  | <input type="checkbox"/> | Un amigo/a o conocido/a o compañero/a de trabajo                                 |
| (6)  | <input type="checkbox"/> | Profesionales sociosanitarios (médicos, enfermeras/os, trabajadores sociales...) |
| (7)  | <input type="checkbox"/> | Profesores/as  |
| (8)  | <input type="checkbox"/> | Charlas o cursos sobre el tema   |
| (9)  | <input type="checkbox"/> | Organismos oficiales (Ministerios, Consejerías, ...)                             |
| (10) | <input type="checkbox"/> | Libros y/o folletos  |
| (11) | <input type="checkbox"/> | Los medios de comunicación (prensa, TV o radio)                                  |
| (12) | <input type="checkbox"/> | La policía   |
| (13) | <input type="checkbox"/> | Personas que han tenido contacto con ellas                                       |
| (14) | <input type="checkbox"/> | Otros  |
| (15) | <input type="checkbox"/> | No me interesa este tipo de información  |
| (99) | <input type="checkbox"/> | NS/NC  |

→ Entrevistador: Los entrevistados de 15 años de edad pasan a D17

## DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

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

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

Ayude al entrevistado a centrar la semana de referencia.

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

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

|      |                          |  |                |
|------|--------------------------|--|----------------|
| (01) | <input type="checkbox"/> | <b>Trabajando</b>  | => Pasar a D10 |
| (02) | <input type="checkbox"/> | <b>Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo</b>  | => Pasar a D10 |
| (03) | <input type="checkbox"/> | <b>Parado que ha trabajado antes</b>   | => Pasar a D10 |
| (04) | <input type="checkbox"/> | <b>Parado que busca su primer empleo</b>   | => Pasar a D16 |
| (05) | <input type="checkbox"/> | <b>Jubilado</b>  | => Pasar a D16 |
| (06) | <input type="checkbox"/> | <b>Incapacitado permanente</b>   | => Pasar a D16 |
| (07) | <input type="checkbox"/> | <b>Cursando algún estudio</b>  | => Pasar a D16 |
| (08) | <input type="checkbox"/> | <b>Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)</b>  | => Pasar a D16 |
| (09) | <input type="checkbox"/> | <b>Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna, (Ej. Rentistas, recibiendo alguna ayuda pública o privada, etc). Especificar .....</b> | => Pasar a D16 |
| (99) | <input type="checkbox"/> | <b>NS/NC</b>   |                |

**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/A: Anote la actividad que realiza y CODIFICAR abajo:**

|      |                          |   |
|------|--------------------------|---|
| (01) | <input type="checkbox"/> | <b>Agricultura, ganadería, caza y selvicultura</b>  |
| (02) | <input type="checkbox"/> | <b>Pesca</b>  |
| (03) | <input type="checkbox"/> | <b>Industrias extractivas</b>   |
| (04) | <input type="checkbox"/> | <b>Industrias manufactureras</b>  |
| (05) | <input type="checkbox"/> | <b>Producción y distribución de energía eléctrica, gas y agua</b>   |
| (06) | <input type="checkbox"/> | <b>Construcción</b>   |
| (07) | <input type="checkbox"/> | <b>Comercio, reparación vehículos de motor, motocicletas y ciclomotores y artículos personales y de uso doméstico</b> |
| (08) | <input type="checkbox"/> | <b>Hostelería</b>   |
| (09) | <input type="checkbox"/> | <b>Transporte, almacenamiento y comunicaciones</b>  |
| (10) | <input type="checkbox"/> | <b>Intermediación financiera</b>  |
| (11) | <input type="checkbox"/> | <b>Actividades inmobiliarias y de alquiler de servicios empresariales</b>   |
| (12) | <input type="checkbox"/> | <b>Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria</b>   |
| (13) | <input type="checkbox"/> | <b>Educación</b>  |
| (14) | <input type="checkbox"/> | <b>Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales</b>  |
| (15) | <input type="checkbox"/> | <b>Otras actividades sociales y de servicios prestados a la comunidad</b>   |
| (16) | <input type="checkbox"/> | <b>Hogares que emplean personal doméstico</b>   |
| (17) | <input type="checkbox"/> | <b>Organismos extraterritoriales</b>  |
| (99) | <input type="checkbox"/> | <b>NS/NC</b>  |



**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/A:** Anote la situación o rango profesional que desempeña y **CODIFICAR. AYUDAR MOSTRANDO TARJETA 3**

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

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

**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?**

|      |                          |   |
|------|--------------------------|---|
| (01) | <input type="checkbox"/> | Jornada partida (mañana y tarde)                    |
| (02) | <input type="checkbox"/> | Jornada continua de mañana (por ejemplo, de 8 a 15) |
| (03) | <input type="checkbox"/> | Jornada continua de tarde (por ejemplo, de 13 a 21) |
| (04) | <input type="checkbox"/> | Jornada continua de noche                           |
| (05) | <input type="checkbox"/> | Jornada reducida                                    |
| (06) | <input type="checkbox"/> | Turnos rotatorios, excepto el de noche              |
| (07) | <input type="checkbox"/> | Turnos rotatorios, con el de noche                  |
| (08) | <input type="checkbox"/> | Horario irregular                                   |
| (09) | <input type="checkbox"/> | Otro tipo   |
| (99) | <input type="checkbox"/> | NS/NC   |

**D14. ¿Cuántas personas trabajan o trabajaban en su centro de trabajo? Nos referimos al trabajo principal. Llamamos centro de trabajo o establecimiento a toda unidad productora de bienes o servicios (como fábricas, talleres, hoteles), situada en un emplazamiento físico definido y que está bajo la dirección y control de una sola empresa. Por si necesita alguna aclaración tenga en cuenta que los elementos satélites o anejos situados en sus inmediaciones que realizan determinadas fases del proceso productivo, se consideran formando parte del mismo establecimiento. Ayúdele a aclarar cuál sería su centro de trabajo.**

|     |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|
| (1) | <input type="checkbox"/> | De 1 a 10 personas       |
| (2) | <input type="checkbox"/> | De 11 a 19               |
| (3) | <input type="checkbox"/> | De 20 a 49               |
| (4) | <input type="checkbox"/> | De 50 a 249              |
| (5) | <input type="checkbox"/> | 250 personas o más       |
| (6) | <input type="checkbox"/> | No sabe pero menos de 11 |
| (7) | <input type="checkbox"/> | No sabe pero más de 10   |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC                    |

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

|     |                          |   |
|-----|--------------------------|---|
| (1) | <input type="checkbox"/> | Sí, durante toda o la mayor parte de la jornada laboral       |
| (2) | <input type="checkbox"/> | Sí, durante la mitad o menos de la jornada laboral            |
| (3) | <input type="checkbox"/> | No  |
| (4) | <input type="checkbox"/> | No he trabajado en los últimos 12 meses fuera de mi domicilio |
| (9) | <input type="checkbox"/> | NS/NC   |

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

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

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

|      |                          |                    |
|------|--------------------------|--------------------|
| (01) | <input type="checkbox"/> | Hasta 499 €        |
| (02) | <input type="checkbox"/> | De 500 a 799 €     |
| (03) | <input type="checkbox"/> | De 800 a 999       |
| (04) | <input type="checkbox"/> | De 1.000 a 1.499 € |
| (05) | <input type="checkbox"/> | De 1.500 a 1.999 € |
| (06) | <input type="checkbox"/> | De 2.000 a 2.499 € |
| (07) | <input type="checkbox"/> | De 2.500 a 2.999 € |
| (08) | <input type="checkbox"/> | De 3.000 a 4.999 € |
| (09) | <input type="checkbox"/> | De 5.000 a 6.999 € |
| (10) | <input type="checkbox"/> | Más de 6.999 €     |
| (99) | <input type="checkbox"/> | 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. y, después, vuelva a esta página para completar los datos que siguen.

**Entrevistador/a:** Por favor completar los datos siguientes

**Fecha de la entrevista** \_\_\_\_\_

**Hora** \_\_\_\_\_

**Duración de la entrevista en minutos** \_\_\_\_\_

**Nombre de pila** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la casa (prefijo):** \_\_\_\_\_ **(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 RELLENADO A CONTINUACIÓN 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"/> | Sí, ha respondido por su cuenta => Pasar a Ent4 |
| (2) | <input type="checkbox"/> | No, ha necesitado ayuda                         |

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

|      |                          |  |      |                          |                         |
|------|--------------------------|--|------|--------------------------|-------------------------|
| (01) | <input type="checkbox"/> | Tranquilizantes/Sedantes-Somníferos            | (08) | <input type="checkbox"/> | Alucinógenos            |
| (02) | <input type="checkbox"/> | Tranquilizantes/Sedantes-Somníferos sin receta | (09) | <input type="checkbox"/> | Heroína                 |
| (03) | <input type="checkbox"/> | Cannabis-Marihuana                             | (10) | <input type="checkbox"/> | Inhalables Volátiles    |
| (04) | <input type="checkbox"/> | Cocaína en Polvo                               | (11) | <input type="checkbox"/> | Drogas Inyectadas       |
| (05) | <input type="checkbox"/> | Base o Cocaína en forma de base                | (12) | <input type="checkbox"/> | Otro tipo de sustancias |
| (06) | <input type="checkbox"/> | Éxtasis u otras drogas de síntesis             | (13) | <input type="checkbox"/> | Salud                   |
| (07) | <input type="checkbox"/> | Anfetaminas o Speed                            |      |                          |                         |

**Ent3.** ¿Y por que 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): .....  |
| (9) | <input type="checkbox"/> | Ninguna  |

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR/A** \_\_\_\_\_ **D.N.I** \_\_\_\_\_

**Observaciones**

.....

.....

.....





GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



## CUESTIONARIO AUTORRELENABLE

### Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2011

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

Lea atentamente, y si lo necesita consulte con el entrevistador/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"/>            | ENTRE 30-150 DÍAS   | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 4-9 DÍAS   | <input type="checkbox"/>            | MÁS DE 150 DÍAS   | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 10-19 DÍAS | <input type="checkbox"/>            | NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 20-29 DÍAS | <input checked="" type="checkbox"/> | NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS                           | <input type="checkbox"/> |

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

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

Si no entiende bien las instrucciones, por favor coméntelo con el entrevistador/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...)
- **APERITIVOS** (vermú, jérez, 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

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

**A2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que tomó cualquier clase de bebida alcohólica? No incluya sorbos de la bebida de otra persona.**

Si Vd. no puede recordar exactamente 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

**A3. Ahora piense en los ÚLTIMOS 12 MESES. ¿Cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas durante los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde el ejemplo que leyó al inicio del cuestionario.

ENTRE 1-3 DÍAS

ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

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

ENTRE 1-3 DÍAS

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 4-9 DÍAS

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NO ME HE EMBORRACHADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS

NUNCA ME HE EMBORRACHADO

30 DÍAS O MÁS



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

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

**A6. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿cuántas bebidas alcohólicas se tomaba cada día que consumía alcohol?**

Cuente como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champán, o jerez, una copa de licor o un combinado. Ponga sobre la línea el número de bebidas.

ANOTE EL Nº BEBIDAS \_\_\_\_\_

|  |                          |
|--|--------------------------|
| NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA                        | <input type="checkbox"/> |

**A7. 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.

**A7.1. HOMBRE:**

ANOTE EL Nº DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 5 ó MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: \_\_\_\_\_

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

**A7.2. MUJER:**

ANOTE EL Nº DE DÍAS EN QUE HA TOMADO 4 ó MÁS BEBIDAS EN LA MISMA OCASIÓN: \_\_\_\_\_

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

**Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS**

**A8. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

| <b>DIAS LABORABLES<br/>(LUNES A JUEVES)</b>  | <b>VINO/<br/>CHAMPÁN</b> | <b>CERVEZA/<br/>SIDRA</b> | <b>APERITIVOS/<br/>VERMÚ</b> | <b>COMBINADOS/<br/>CUBATAS</b> | <b>LICORES<br/>DE FRUTAS</b> | <b>LICORES<br/>FUERTES</b> |
|--|--------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| TODOS LOS DÍAS LABORABLES  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 3 DÍAS LABORABLES POR SEMANA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 2 DÍAS LABORABLES POR SEMANA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 1 DÍA LABORABLE POR SEMANA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| MENOS DE UN DÍA LABORABLE<br>POR SEMANA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE<br>BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN<br>LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE<br>TIPO DE BEBIDAS                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |

| <b>FINES DE SEMANA<br/>(VIERNES, SABADOS Y<br/>DOMINGOS)</b>                       | <b>VINO/<br/>CHAMPÁN</b> | <b>CERVEZA/<br/>SIDRA</b> | <b>APERITIVOS/<br/>VERMÚ</b> | <b>COMBINADOS/<br/>CUBATAS</b> | <b>LICORES<br/>DE FRUTAS</b> | <b>LICORES<br/>FUERTES</b> |
|--|--------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| TODOS LOS FINES DE SEMANA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 3 FINES DE SEMANA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 2 FINES DE SEMANA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| 1 FIN DE SEMANA  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE<br>BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN<br>LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |
| NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE<br>TIPO DE BEBIDAS                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>   |

**A9. Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Qué cantidad ha consumido?:**

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

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

| <b>DÍAS LABORABLES<br/>(lunes, martes, miércoles, jueves)</b>        | <b>CANTIDAD DURANTE UN<br/>DÍA LABORABLE<br/>(lunes, martes, miércoles, jueves)</b> |
|--|---|
| NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN                              | _____   |
| NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA                 | _____   |
| NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMÚ, JEREZ, FINOS,...)      | _____   |
| NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS                              | _____   |
| NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA...)    | _____   |
| NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY...) | _____   |
| NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS         | <input type="checkbox"/>  |
| NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA                     | <input type="checkbox"/>  |

| <b>FIN DE SEMANA<br/>(viernes, sábado, domingo)</b>                  | <b>CANTIDAD DURANTE UN<br/>FIN DE SEMANA COMPLETO<br/>(viernes, sábado, domingo)</b> |
|--|--|
| NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN                              | _____  |
| NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA                 | _____  |
| NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMÚ, JEREZ, FINOS,...)      | _____  |
| NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS                              | _____  |
| NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA...)    | _____  |
| NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY...) | _____  |
| NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS         | <input type="checkbox"/>   |
| NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA                     | <input type="checkbox"/>   |

**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. ¿Ha fumado Vd. alguna vez en su vida, un cigarrillo u otro tipo de tabaco (puros o pipas), aunque fuera sólo una o dos caladas?**

SÍ, HE FUMADO UN CIGARRILLO ALGUNA VEZ, POR LO MENOS 1 Ó 2 CALADAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

**T2. ¿Qué edad tenía Vd. cuando fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco por PRIMERA VEZ aunque fuera sólo una o dos caladas?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

**T3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Vd. fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?**

MENOS DE 30 DÍAS  MÁS DE 12 MESES

MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE UN AÑO  NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

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

ENTRE 1-3 DÍAS  30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS  NO HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

ENTRE 20-29 DÍAS  NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

**T5. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿qué número de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba?**

Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.

CIGARRILLOS  
ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_

PUROS  
ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_

PIPAS  
ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_

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

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

**T6. ¿Ha habido, alguna vez, un período en su vida en que Vd. haya fumado tabaco TODOS LOS DÍAS?**

SÍ, ALGUNA VEZ HE FUMADO TODOS LOS DÍAS

NO HE FUMADO EN NINGUNA OCASIÓN TODOS LOS DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO

**T7. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco TODOS LOS DÍAS?**

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

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

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

**T8. ¿Durante cuántos años fumó TODOS LOS DÍAS?**

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

ANOTE EL N° DE AÑOS: \_\_\_\_\_ AÑOS

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

**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, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc.

**NO INCLUYA:** valeriana, passiflora, dormidina.

**TRANQUILIZANTES / SEDANTES**  
[medicamentos 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.

**TS1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, TRANQUILIZANTES / SEDANTES?**

|   |                          |
|---|--------------------------|
| SÍ, HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES / SEDANTES   | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES / SEDANTES | <input type="checkbox"/> |

**TS2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió TRANQUILIZANTES / SEDANTES?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

|   |                          |
|---|--------------------------|
| NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES / SEDANTES | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

**TS3. ¿Cuántos días ha consumido TRANQUILIZANTES / SEDANTES en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

**TS4. ¿Cuántos días ha consumido TRANQUILIZANTES / SEDANTES en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

|                  |                          |   |                          |
|------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| ENTRE 1-3 DÍAS   | <input type="checkbox"/> | 30 DÍAS   | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 4-9 DÍAS   | <input type="checkbox"/> | NO HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES / SEDANTES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 10-19 DÍAS | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| ENTRE 20-29 DÍAS | <input type="checkbox"/> | NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES / SEDANTES                     | <input type="checkbox"/> |

## SOMNÍFEROS

[medicamentos para dormir]

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

**Som1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, SOMNÍFEROS?**

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| SÍ, HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS   | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS | <input type="checkbox"/> |

**Som2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió SOMNÍFEROS?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------|

**Som3. ¿Cuántos días ha consumido SOMNÍFEROS en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

**Som4. ¿Cuántos días ha consumido SOMNÍFEROS en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

|                  |                          |  |                          |
|------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| ENTRE 1-3 DÍAS   | <input type="checkbox"/> | 30 DÍAS  | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 4-9 DÍAS   | <input type="checkbox"/> | NO HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS EN LOS<br>ÚLTIMOS 30 DÍAS | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 10-19 DÍAS | <input type="checkbox"/> |  |                          |
| ENTRE 20-29 DÍAS | <input type="checkbox"/> | NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS                        | <input type="checkbox"/> |

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

A continuación las siguientes preguntas se refieren a los mismos medicamentos cuando se han obtenido SIN RECETA MÉDICA es decir:

- El médico se lo ha recetado a otra persona de la familia y Vd. los toma de vez en cuando
- El médico se lo recetó a usted en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico
- Los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica

**TRANQUILIZANTES / SEDANTES SIN RECETA**  
[medicamentos 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.

**TSsr1.** Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES / SEDANTES SIN RECETA 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.  
Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|                                       | ¿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 la consumió <u>por primera vez en su vida</u> |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
|                                       | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |   |
| TRANQUILIZANTES / SEDANTES SIN RECETA | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |   |

**SOMNÍFEROS SIN RECETA**  
[medicamentos para dormir]

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

**Sosr1.** Indique si usted ha consumido SOMNÍFEROS SIN RECETA 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.  
Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|                       | ¿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 la consumió <u>por primera vez en su vida</u> |
|-----------------------|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
|                       | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |   |
| SOMNÍFEROS SIN RECETA | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |   |

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE TRANQUILIZANTES, SEDANTES 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 O MARIHUANA** [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- **COCAÍNA EN POLVO** [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- **ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** [pastis, pirulas, cristal]
- **ANFETAMINAS O SPEED** [metanfetamina, anfetás, ice]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [caballo, jaco]
- **INHALABLES VOLÁTILES** [cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

## CANNABIS - MARIHUANA

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

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

**M1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, CANNABIS O MARIHUANA [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]?**

SÍ, HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

**M2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió CANNABIS O MARIHUANA?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

**M3. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS O MARIHUANA en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

**M4. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS O MARIHUANA en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**?**

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

**COCAÍNA EN POLVO**  
[cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

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

**Co1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, COCAÍNA EN POLVO [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]?**

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

**Co2. ¿Qué EDAD tenía la **PRIMERA VEZ** que consumió COCAÍNA EN POLVO?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------|--------------------------|

**Co3. ¿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"/> | ENTRE 30-150 DÍAS  | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 4-9 DÍAS   | <input type="checkbox"/> | MÁS DE 150 DÍAS  | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 10-19 DÍAS | <input type="checkbox"/> | NO HE CONSUMIDO COCAINA EN POLVO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES | <input type="checkbox"/> |
| ENTRE 20-29 DÍAS | <input type="checkbox"/> | NUNCA HE CONSUMIDO COCAINA EN POLVO                      | <input type="checkbox"/> |

**Co4. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**?**

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

**COCAÍNA EN FORMA DE BASE**

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

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

- B1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]?**

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

- B2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió COCAÍNA EN FORMA DE BASE?**

Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

- B3. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

- B4. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?**

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

**ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS**

[pastis, pirulas, cristal]

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.**

Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|  | ¿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 la consumió por primera vez en su vida |
|--|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
|  | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |  |
| ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS<br>(pastis, pirulas, cristal) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |

**ANFETAMINAS O SPEED**

[anfetam, metanfetamina, ice]

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**.  
 Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|   | ¿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 la consumió <u>por primera vez en su vida</u> |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
|   | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |   |
| <b>ANFETAMINAS O SPEED</b><br>(anfetam, metanfetamina, ice) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |   |

**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**.  
 Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|   | ¿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 la consumió <u>por primera vez en su vida</u> |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
|   | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |   |
| <b>ALUCINÓGENOS</b><br>(LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |   |

**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**.  
 Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|                                   | ¿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 la consumió <u>por primera vez en su vida</u> |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|---|
|                                   | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |   |
| <b>HEROÍNA</b><br>(caballo, jaco) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |   |

**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**.  
 Para cada pregunta, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|   | ¿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 la consumió por primera vez en su vida |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
|   | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |  |
| <b>INHALABLES VOLÁTILES</b><br>(cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |

**DROGAS INYECTADAS**

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

- Iny1. ¿Se ha inyectado Vd. ALGUNA VEZ EN LA VIDA **HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES**?

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Sí   | <input type="checkbox"/> |
| No, nunca me he inyectado heroína, cocaína o drogas ilegales | <input type="checkbox"/> |

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

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Sí  | <input type="checkbox"/> |
| NO ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA ME HE INYECTADO HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES                      | <input type="checkbox"/> |

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

## OTRO TIPO DE SUSTANCIAS

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

**OTS1. 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.**

Para cada una de las sustancias, ponga una "X" en la casilla bajo el 'No' o bajo el 'Sí'.

|   | ¿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 la consumió por primera vez en su vida |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|--|
|   | No                                   | Sí                       | No  | Sí                       | No   | Sí                       |  |
| <b>KETAMINA</b> (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>SPICE</b> (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>PIPERAZINAS</b> (incluyen BZP, A2, mCPP)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>MEFEDRONA</b> (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>NEXUS</b> (también llamada 2CB, Afro, Special cake)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>METANFETAMINA</b> (también llamada ice)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>SETAS MÁGICAS</b> (también llamadas hongos alucinógenos)   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>RESEARCH CHEMICALS</b>   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>LEGAL HIGHS</b>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>SALVIA</b> (también llamada ska pastora, ska María, hierba María o hierba de los Dioses, Sally D, Lady Salvia, Magic Mint) | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>ESTEROIDES ANABOLIZANTES</b>   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |
| <b>OTRAS</b> (especificar) (_____)  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/> |  |

**OTS2. ¿Dónde consiguió estas drogas (ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia, esteroides anabolizantes)?**

Puede marcar una o varias opciones

|  |                          |
|--|--------------------------|
| NO HE CONSEGUIDO NUNCA ESE TIPO DE DROGAS            | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: PÁGINAS WEB                    | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: REDES SOCIALES                 | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: FOROS                          | <input type="checkbox"/> |
| UN AMIGO/A O CONOCIDO/A                              | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE UN DISTRIBUIDOR                          | <input type="checkbox"/> |
| EN UNA DISCOTECA O BAR                               | <input type="checkbox"/> |
| EN UNA TIENDA ESPECIALIZADA (SMART SHOP O HEAD SHOP) | <input type="checkbox"/> |
| EN UN FESTIVAL                                       | <input type="checkbox"/> |
| OTROS  | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC  | <input type="checkbox"/> |

**OTS3. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias (ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia, esteroides anabolizantes), en un plazo de unas 24 horas?**

|                             | Prácticamente imposible  | Difícil                  | Relativamente fácil      | Muy fácil                | Nunca he oído hablar de esta droga | NS/NC                    |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| a. KETAMINA                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| b. SPICE                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| c. PIPERAZINAS              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| d. MEFEDRONA                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| e. NEXUS                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| f. METANFETAMINA            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| g. SETAS MÁGICAS            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| h. RESEARCH CHEMICALS       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| i. LEGAL HIGHS              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| j. SALVIA                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| k. ESTEROIDES ANABOLIZANTES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

**OTS4. Nos gustaría saber su opinión sobre los problemas de salud o de cualquier otro tipo, que pueden significar cada una de las siguientes situaciones. Leer todas las categorías despacio.**

Con "alguna vez" queremos decir "una vez al mes o con menos frecuencia".

|   | Ningún problema          | Pocos problemas          | Bastantes problemas      | Muchos problemas         | Nunca he oído hablar de esta droga | NS/NC                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| CONSUMIR <b>KETAMINA</b> ALGUNA VEZ                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>SPICE</b> ALGUNA VEZ                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>PIPERAZINAS</b> ALGUNA VEZ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>MEFEDRONA</b> ALGUNA VEZ                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>NEXUS</b> ALGUNA VEZ                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>METANFETAMINA</b> ALGUNA VEZ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>SETAS MÁGICAS</b> ALGUNA VEZ            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>RESEARCH CHEMICALS</b> ALGUNA VEZ       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>LEGAL HIGHS</b> ALGUNA VEZ              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>SALVIA</b> ALGUNA VEZ                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| CONSUMIR <b>ESTEROIDES ANABOLIZANTES</b> ALGUNA VEZ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

**OTS5. ¿Por qué vía o vías ha recibido, principalmente, información sobre estas drogas (ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia, esteroides anabolizantes)?**

Puede marcar una o varias vías de información (señale las principales).

|  |                          |
|--|--------------------------|
| A TRAVÉS DE INTERNET: PÁGINAS WEB  | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: REDES SOCIALES   | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: FOROS  | <input type="checkbox"/> |
| PADRES/FAMILIARES  | <input type="checkbox"/> |
| UN AMIGO/A, CONOCIDO/A O COMPAÑERO/A DE TRABAJO                                  | <input type="checkbox"/> |
| PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS (MÉDICOS, ENFERMERAS/OS, TRABAJADORES SOCIALES...) | <input type="checkbox"/> |
| PROFESORES/AS  | <input type="checkbox"/> |
| CHARLAS O CURSOS SOBRE EL TEMA   | <input type="checkbox"/> |
| ORGANISMOS OFICIALES (MINISTERIOS, CONSEJERÍAS, ...)                             | <input type="checkbox"/> |
| LIBROS Y/O FOLLETOS  | <input type="checkbox"/> |
| LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (PRENSA, TV O RADIO)                                  | <input type="checkbox"/> |
| LA POLICÍA   | <input type="checkbox"/> |
| PERSONAS QUE HAN TENIDO CONTACTO CON ELLAS                                       | <input type="checkbox"/> |
| OTROS  | <input type="checkbox"/> |
| NO HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE DICHAS DROGAS                                   | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC  | <input type="checkbox"/> |

**OTS6. ¿Por qué vía o vías le gustaría recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de estas drogas (ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia, esteroides anabolizantes) y los efectos y problemas asociados con ellas y sus formas de consumo?**

Puede marcar una o varias vías de información (señale las principales).

|  |                          |
|--|--------------------------|
| A TRAVÉS DE INTERNET: PÁGINAS WEB  | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: REDES SOCIALES   | <input type="checkbox"/> |
| A TRAVÉS DE INTERNET: FOROS  | <input type="checkbox"/> |
| PADRES/FAMILIARES  | <input type="checkbox"/> |
| UN AMIGO/A, CONOCIDO/A O COMPAÑERO/A DE TRABAJO                                  | <input type="checkbox"/> |
| PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS (MÉDICOS, ENFERMERAS/OS, TRABAJADORES SOCIALES...) | <input type="checkbox"/> |
| PROFESORES/AS  | <input type="checkbox"/> |
| CHARLAS O CURSOS SOBRE EL TEMA   | <input type="checkbox"/> |
| ORGANISMOS OFICIALES (MINISTERIOS, CONSEJERÍAS, ...)                             | <input type="checkbox"/> |
| LIBROS Y/O FOLLETOS  | <input type="checkbox"/> |
| LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN (PRENSA, TV O RADIO)                                  | <input type="checkbox"/> |
| LA POLICÍA   | <input type="checkbox"/> |
| PERSONAS QUE HAN TENIDO CONTACTO CON ELLAS                                       | <input type="checkbox"/> |
| OTROS  | <input type="checkbox"/> |
| NO ME INTERESA ESTE TIPO DE INFORMACIÓN  | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC  | <input type="checkbox"/> |

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE OTRO TIPO DE 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**



## SALUD

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

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

ANOTE EL Nº DE VECES: \_\_\_\_\_

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

- S4. ¿Por cuáles de los siguientes SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA ha sido atendido en los ÚLTIMOS 12 MESES?**

|   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS (centro, mutua, sanatorio, clínica, médico, hospital privado)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AMBULANCIA (Samur, 112, etc.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GRATUITO (hospital de la Seguridad Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento, etc.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| URGENCIAS NO HOSPITALARIAS GRATUITAS (centro de salud, consultorio, ambulatorio, casa socorro, médico de la Seguridad Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTRO  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NO HE SIDO ATENDIDO POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES   |                          | <input type="checkbox"/> |

- S5. ¿Y podría decirme si en estos ÚLTIMOS 12 MESES ha sido atendido por servicios médicos de urgencias por alguna de las siguientes CAUSAS?**

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

**Las siguientes preguntas se refieren a TRATAMIENTOS PARA DEJAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL O DROGAS ILEGALES.**

- S6. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA HA INICIADO un TRATAMIENTO AMBULATORIO para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra DROGA (también llamados tratamientos de deshabitación) o un tratamiento de mantenimiento con metadona?**

(No se incluyen en esta pregunta los tratamientos realizados estando ingresado todo el tiempo en una comunidad terapéutica, en un hospital o una clínica. Tampoco se incluyen los intentos de reducir o abandonar el consumo por su cuenta sin ayuda profesional).

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

NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO

- S7. ¿Y en los ÚLTIMOS 12 MESES, HA INICIADO algún tratamiento de ese tipo?**

(Marque NO si el tratamiento lo inició hace más de 12 meses)

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

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

NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO

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

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

**S8a. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha estado en algún momento en un tratamiento de mantenimiento con METADONA?**

|  |                          |
|--|--------------------------|
| SÍ, HE ESTADO EN UN TRATAMIENTO CON METADONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES | <input type="checkbox"/> |
| NO HE ESTADO EN UN TRATAMIENTO CON METADONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES  | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO DE ESE TIPO                         | <input type="checkbox"/> |

**S8b. ¿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"/> |
| NO, NO CONOZCO A NADIE | <input type="checkbox"/> |

**S8c. 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 iniciado 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 ÚLTIMOS 12 MESES? |    |         |
|------------------|---|----|---------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|---------|---|----|---------|
|                  | Sí  | No | NO SABE | Sí   | No | NO SABE | Sí   | No | NO SABE | Sí   | No | NO SABE | Sí  | No | NO SABE |
| 01               |   |    |         |  |    |         |  |    |         |  |    |         |   |    |         |
| 02               |   |    |         |  |    |         |  |    |         |  |    |         |   |    |         |
| 03               |   |    |         |  |    |         |  |    |         |  |    |         |   |    |         |
| 04               |   |    |         |  |    |         |  |    |         |  |    |         |   |    |         |
| 05               |   |    |         |  |    |         |  |    |         |  |    |         |   |    |         |

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**.

**S9. 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 todos los que considere.

|  |                          |
|--|--------------------------|
| ACCIDENTES LABORALES   | <input type="checkbox"/> |
| ACCIDENTES DE TRÁFICO  | <input type="checkbox"/> |
| OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA  | <input type="checkbox"/> |
| PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESQUIZOFRENIA, PARANOIA...) | <input type="checkbox"/> |
| CONFLICTOS FAMILIARES  | <input type="checkbox"/> |
| DISPUTAS O CONFLICTOS CON AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS                                   | <input type="checkbox"/> |
| OTROS PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS  | <input type="checkbox"/> |
| FALTAR ALGÚN DÍA AL TRABAJO  | <input type="checkbox"/> |
| DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL  | <input type="checkbox"/> |
| DESPIDOS   | <input type="checkbox"/> |
| OTRAS SANCIONES EN LA EMPRESA  | <input type="checkbox"/> |
| DIFICULTADES ECONÓMICAS  | <input type="checkbox"/> |
| CONFLICTOS CON LA POLICÍA O LA LEY   | <input type="checkbox"/> |
| RELACIONES SEXUALES QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS NO HUBIERA MANTENIDO                     | <input type="checkbox"/> |
| RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN   | <input type="checkbox"/> |
| OTROS PROBLEMAS  | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO   | <input type="checkbox"/> |
| NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS  | <input type="checkbox"/> |

**S10. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:**

Marque las que considere.

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| VIRUS DEL SIDA (VIH)       | <input type="checkbox"/> |
| VIRUS DE LA HEPATITIS B    | <input type="checkbox"/> |
| VIRUS DE LA HEPATITIS C    | <input type="checkbox"/> |
| TUBERCULOSIS               | <input type="checkbox"/> |
| NINGUNO DE LOS MENCIONADOS | <input type="checkbox"/> |

**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**

