

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- EN TODA LA VIDA
- ÚLTIMOS 12 MESES
- ÚLTIMOS 30 DÍAS

Si se ha equivocado y quiere corregir una respuesta que ya ha marcado, rodee con un círculo completamente la respuesta incorrecta **(X)** 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	X	1	ENTRE 30 – 150 DÍAS	5
ENTRE 4 – 9 DÍAS		2	MAS DE 150 DÍAS	6
ENTRE 10 – 19 DÍAS		3	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	7
ENTRE 20 – 29 DÍAS	x	4	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	8
Respuesta correcta				

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

ALCOHOL

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

SE CONSIDERA BEBIDA ALCOHÓLICA CUALQUIER TIPO DE SUSTANCIA QUE CONTENGA ALCOHOL, ENTRE LAS QUE SE INCLUYEN:

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

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

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

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

Si Vd. no puede recordar exactamente qué edad tenía, indique una edad aproximada. Ponga los años que tenía sobre la línea o marque con una "X" la casilla.

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

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA | <input type="checkbox"/> 1 |
|---------------------------------------|----------------------------|

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

Recuerde el ejemplo que leyó al inicio del cuestionario.

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

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

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

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

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

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

DOS O MÁS VECES A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	1
3 O 4 VECES AL MES	<input type="checkbox"/>	2
1 O 2 VECES AL MES	<input type="checkbox"/>	3
MENOS DE 1 VEZ AL MES (ENTRE 4 Y 11 VECES AL AÑO)	<input type="checkbox"/>	4
DE 1 A 3 VECES AL AÑO	<input type="checkbox"/>	5
NO HE HECHO BOTELLÓN EN EL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>	6
NUNCA HE HECHO BOTELLÓN	<input type="checkbox"/>	7

A7. En los últimos 12 meses, cuando hace “botellón”, ¿bebe usted alcohol?

SI, SIEMPRE O MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	1
SÍ, MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	<input type="checkbox"/>	2
NO	<input type="checkbox"/>	3
NO HE HECHO BOTELLÓN EN EL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>	4
NUNCA HE HECHO BOTELLÓN	<input type="checkbox"/>	5

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

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

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

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

A10. 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"/>	1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/>	2

A11. 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.

A12. HOMBRE:

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

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

A13. MUJER:

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

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

A14. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

DIAS LABORABLES (LUNES A JUEVES)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	VERMÚ/ JEREZ/ FINO	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES	CALIMOCHO	SANGRIA
TODOS LOS DÍAS LABORABLES	<input type="checkbox"/> ₁							
3 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/> ₂							
2 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/> ₃							
1 DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/> ₄							
MENOS DE UN DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/> ₅							
NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> ₆							
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/> ₇							

FINES DE SEMANA (VIERNES, SABADOS Y DOMINGOS)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	VERMÚ/ JEREZ/ FINO	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES	CALIMOCHO	SANGRIA
TODOS LOS FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/> ₁							
3 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/> ₂							
2 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/> ₃							
1 FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/> ₄							
NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> ₅							
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/> ₆							

A15. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿Qué cantidad de vasos, cañas o copas de cada una de las siguientes bebidas tomó en un día laborable? ¿Y durante un fin de semana completo? Anote una respuesta numérica en cada grupo de dos casillas abiertas. En total ha de anotar 16 respuestas numéricas.

		Nº DE VASOS EN UN DÍA LABORABLE (lunes o martes o miércoles o jueves)	Nº DE VASOS DURANTE UN FIN DE SEMANA COMPLETO (viernes + sábado + domingo)
Nº DE VASOS o COPAS DE VINO/CHAMPÁN o CAVA (1 LITRO = 10 VASOS/COPAS)		_ _	_ _
Nº DE VASOS, CAÑAS o QUINTOS DE CERVEZA/SIDRA (1 LITRO = 5 CAÑAS/QUINTOS)		_ _	_ _
Nº DE VASOS o COPAS DE VERMÚ/JEREZ o FINO (1 LITRO= 14 VASOS/COPAS)		_ _	_ _
Nº DE VASOS DE COMBINADOS o CUBATAS (1 LITRO = 4 CUBATAS)		_ _	_ _
Nº DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA) (1 LITRO = 20 COPAS)		_ _	_ _
Nº DE COPAS LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY) (1 LITRO = 20 COPAS)		_ _	_ _
Nº DE VASOS DE CALIMOCHO (VINO MEZCLADO CON COCA COLA) (1 LITRO= 5 VASOS)		_ _	_ _
Nº DE VASOS DE SANGRÍA (1 LITRO= 5 VASOS)		_ _	_ _

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/> 1
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	<input type="checkbox"/> 2

A16. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...)? Conteste “No” si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

1
 2

A17. ¿Ha tomado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS bebidas energéticas (Red Bull, Burn, Monster...) mezcladas con bebidas alcohólicas? Conteste “No” si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

1
 2

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, aunque fuera sólo una o dos caladas?

SÍ, HE FUMADO UN CIGARRILLO ALGUNA VEZ, POR LO MENOS 1 ó 2 CALADAS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	2

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

T3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha fumado, un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

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

T4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que Vd. fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco?

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

T5. 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	<input type="checkbox"/>	1	30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	NO HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4			

T6. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿qué número de cigarrillos o puros solía fumar cada día que fumaba?

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

CIGARRILLOS ANOTE EL Nº: _____	PUROS ANOTE EL Nº: _____
-----------------------------------	-----------------------------

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

T7. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, si ha fumado cigarrillos, ¿qué tipo de cigarrillos ha fumado?

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

T8. ¿Ha habido, alguna vez, un período en su vida en que Vd. haya fumado tabaco TODOS LOS DÍAS?

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

T9. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco TODOS LOS DÍAS?

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

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

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

T10. ¿Durante cuántos años fumó TODOS LOS DÍAS?

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

ANOTE EL Nº DE AÑOS: _____ AÑOS

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

T11. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)? No considere que fumó si lo único que hizo fue dar unas caladas al cigarrillo electrónico de otra persona.

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

T12. Si ha fumado CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear), ¿Qué tipo de cartucho o líquido emplea para recargar su cigarrillo electrónico?

CARTUCHOS O LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS CON NICOTINA	<input type="checkbox"/>	1
CARTUCHOS O LÍQUIDOS PARA CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS SIN NICOTINA	<input type="checkbox"/>	2
DE LOS 2 TIPOS	<input type="checkbox"/>	3
NO HE FUMADO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS NUNCA	<input type="checkbox"/>	4

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

TRANQUILIZANTES / SEDANTES

[medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad]

Y SOMNÍFEROS

[medicamentos para dormir]

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

NO INCLUYA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

TS1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera UNA VEZ EN SU VIDA, TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

SÍ, HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNÍFEROS	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNÍFEROS	<input type="checkbox"/>	2

TS2. ¿Qué edad tenía la PRIMERA VEZ que consumió TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

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 y/o SOMNIFEROS	<input type="checkbox"/>	1
---	--------------------------	---

TS3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

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

TS4. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Ha consumido alguna vez TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

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

TS5. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Ha consumido alguna vez TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

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

TS6. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Ha consumido A DIARIO o CASI A DIARIO (+ DE 20 DÍAS) TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)?

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

**POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI HA CONSUMIDO
TRANQUILIZANTES, SEDANTES Y/O SOMNIFEROS EN LOS
ÚLTIMOS 12 MESES**

TS7. ¿Conteste si le ha ocurrido (SI/NO) algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES?

	SI	NO
1- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos en mayor cantidad o durante más tiempo del que tenía previsto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2- ¿Ha deseado o ha intentado en varias ocasiones dejar de consumir o controlar el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos y no lo ha conseguido?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. ¿Ha invertido mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tranquilizantes, sedantes o somníferos, para consumirlos o para recuperarse de sus efectos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4- ¿Ha sentido, en ocasiones, un poderoso deseo o necesidad de consumir tranquilizantes, sedantes o somníferos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5- ¿Ha incumplido sus deberes fundamentales en el trabajo, en el instituto/universidad o en el hogar por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos? (faltar frecuentemente al trabajo, tener malas notas, desatender el hogar o a los niños...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6- ¿Ha seguido consumiendo a pesar de tener problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal causados o empeorados por los efectos del consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7- ¿Ha abandonado o reducido sus actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8- ¿Ha consumido, de manera recurrente, tranquilizantes, sedantes o somníferos en situaciones en las que es físicamente peligroso ? (conducir un coche bajo sus efectos...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9- ¿Ha seguido consumiendo tranquilizantes, sedantes o somníferos a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o empeorado por ese consumo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10- ¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de tranquilizantes, sedantes o somníferos para conseguir el efecto deseado o ha notado un menor efecto tras consumir, continuadamente, la misma cantidad?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.a- Tras un tiempo de consumo prolongado de tranquilizantes, sedantes o somníferos, al abandonar o reducir su consumo, señale Sí si ha sentido 2 o más de los siguientes síntomas y le han producido malestar, problemas sociales, laborales o familiares (siempre que estos síntomas no se deban a otra enfermedad u otra medicación): <ul style="list-style-type: none"> - temblores de manos, - insomnio - náuseas/vómitos - alucinaciones - agitación - ansiedad - convulsiones - sudores o pulso acelerado 	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11.b- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos (o alguna sustancia similar como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas antes descritos (temblores de manos, insomnio, náuseas, ansiedad...)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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

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

TS8. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS 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.

	¿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 y/o SOMNIFEROS <u>SIN RECETA</u>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

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

OTRAS SUSTANCIAS

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

- **CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS** [aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- **COCAÍNA EN POLVO** [cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- **ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS** [pastis, pirulas, cristal]
- **ANFETAMINAS O SPEED** [anfetas, metanfetamina, 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, MARIHUANA o HACHÍS (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)?

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

M2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS?

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

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

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

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

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

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

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

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

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

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

|__|__| PORROS

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

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

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

M8. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, lo ha mezclado con TABACO?

SÍ 1

NO 2

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

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

M9. ¿Con qué frecuencia le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Pon una 'X' en un cuadrado de cada fila. En total has de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadrillos.

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

M10. En los ÚLTIMOS 12 MESES ¿ha iniciado algún TRATAMIENTO para dejar o reducir el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS (hierba, chocolate, porro, costo, aceite de hachís)?

SÍ 1

NO 2

COCAÍNA EN POLVO

[cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

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

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

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

C2. ¿Qué EDAD tenía la PRIMERA VEZ que consumió COCAÍNA EN POLVO?

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

ANOTE LA EDAD: _____ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO	<input type="checkbox"/> 1
-------------------------------------	----------------------------

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

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

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

Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días

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

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

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

COCAÍNA EN FORMA DE BASE

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

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

B1. ¿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	<input type="checkbox"/>	1
NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/>	2

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

B3. ¿Cuándo ha sido la PRIMERA VEZ que ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE?

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

B4. ¿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"/>	1	ENTRE 30 – 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	5
ENTRE 4 – 9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	2	MAS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	6
ENTRE 10 – 19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	3	NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	7
ENTRE 20 – 29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	4	NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE	<input type="checkbox"/>	8

B5. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN FORMA DE BASE en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?

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

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**.

	¿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	
ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, cristal)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

ANFETAMINAS O SPEED

[anfetas, 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**.

	¿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	
ANFETAMINAS O SPEED (anfetas, metanfetamina, ice)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	

ALUCINÓGENOS

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

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

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

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

HEROÍNA

[caballo, jaco]

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

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

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

INHALABLES VOLÁTILES

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

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

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

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

DROGAS INYECTADAS

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

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

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

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

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

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

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

NUEVAS SUSTANCIAS

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

NS1. En la actualidad se encuentran disponibles NUEVAS sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc... Conteste las siguientes preguntas referentes a estas nuevas sustancias.

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

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

ME LA OFRECIÓ UN AMIGO	<input type="checkbox"/>	1
LAS COMPRÉ EN UNA TIENDA ESPECIALIZADA (SMART SHOP O HEAD SHOP)	<input type="checkbox"/>	2
A TRAVÉS DE UN VENDEDOR (Camello)	<input type="checkbox"/>	3
A TRAVÉS DE INTERNET	<input type="checkbox"/>	4
ME LA OFRECERON EN UNA FIESTA, EN UN PUB, EN UN BAR	<input type="checkbox"/>	5
OTROS SITIOS	<input type="checkbox"/>	6
NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE SUSTANCIAS	<input type="checkbox"/>	7
NS / NC	<input type="checkbox"/>	9

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

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		EDAD en que la consumió <u>por primera vez en su vida</u>	¿La ha conseguido por internet?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí		No	SI
KETAMINA (también llamada el K, Ketolar, Special K, vitamina K, polvo k)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
GHB (Éxtasis líquido)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
SPICE (también llamada spice drugs, cannabinoides sintéticos)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
MEFEDRONA (también llamada miau-miau, 4-MMC, burbujas azules, catmef)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
METANFETAMINA (también llamada ice)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
SETAS MÁGICAS (también llamadas hongos alucinógenos)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
SALVIA (también llamada ska pastora, ska María, hierba María o hierba de los Dioses, Sally D, Lady Salvia, Magic Mint)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
ESTEROIDES ANABOLIZANTES	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
OTRAS (especificar) (_____)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

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

TRATAMIENTO

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

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

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

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

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

Nombre inventado		¿Se ha inyectado <u>drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha consumido <u>heroína</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Ha iniciado un tratamiento ambulatorio por drogas ilegales en los ÚLTIMOS 12 MESES?			¿Estuvo motivado dicho tratamiento por la heroína?			¿Ha estado en mantenimiento con <u>metadona</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES?		
		SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
01	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No conozco personalmente a nadie que haya consumido <u>heroína</u> o se haya inyectado <u>drogas ilegales</u> en los ÚLTIMOS 12 MESES		<input type="checkbox"/> 1														

USO DE INTERNET Y OTRAS CONDUCTAS RELACIONADAS

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

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

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

INT2. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia HA JUGADO DINERO? Marque una casilla por columna.

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

SALUD

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

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

Marque todos los que considere.

PROBLEMAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/>	1
PROBLEMAS CON AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS	<input type="checkbox"/>	2
PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA (ARRITMIAS, DESMAYO, ASMA)	<input type="checkbox"/>	3
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESQUIZOFRENIA, PARANOIA, CRISIS DE PÁNICO...)	<input type="checkbox"/>	4
ACCIDENTES DE TRÁFICO	<input type="checkbox"/>	5
PROBLEMAS LABORALES (ACCIDENTES, DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO, CONFLICTOS TALES COMO DESPIDOS O SANCIONES...)	<input type="checkbox"/>	6
PROBLEMAS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/>	7
PROBLEMAS CON LA POLICÍA O LA LEY	<input type="checkbox"/>	8
RELACIONES SEXUALES QUE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS NO HUBIERA MANTENIDO	<input type="checkbox"/>	9
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN	<input type="checkbox"/>	10
NECESIDAD DE ACUDIR A UN CENTRO DE URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	11
OTROS PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>	12
NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO	<input type="checkbox"/>	13
NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>	14

S2. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:

Marque las que considere.

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

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

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

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

LAS PREGUNTAS SE CONTESTAN DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

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

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

ADEMÁS, PARA LEER Y MARCAR ADECUADAMENTE LAS RESPUESTAS:

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

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

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

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

PRESENTACIÓN

Buenos días/tardes/noches soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

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

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

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

(ENTREVISTADOR: SELECCIONAR LA PERSONA A ENTREVISTAR)

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

Hola soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

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

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

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

Si le parece bien, empezamos. **COMIENCE LA ENTREVISTA**

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

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

“Párrafo A”

Hola soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Su hijo/a de (años) de edad ha sido seleccionado para participar en este estudio. (EL/ELLA) ha sido seleccionado/a aleatoriamente, así que las respuestas que su hijo/a suministre, representarán las de varios miles de jóvenes. No se pueden hacer sustituciones si su hijo/a decide no participar. Las preguntas que (él/ella) nos dé serán estrictamente confidenciales, y su nombre nunca se relacionará con la encuesta ya que las respuestas son anónimas y van en sobre cerrado. El estudio recoge información sobre el consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como cuestiones relacionadas con la salud en general. (OFREZCA EL CUESTIONARIO AL PADRE/MADRE PARA QUE ÉL/ELLA LO VEAN, Y CONTINÚE):

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

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

“Párrafo B”

Hola soy ----- y estoy trabajando en un estudio nacional patrocinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**. (MUESTRE LA CARTA O TARJETA CREDENCIAL).

Estamos entrevistando a varios miles de personas en toda España, y has sido seleccionado para participar en el estudio de forma aleatoria. Tus respuestas representarán la forma de pensar de varios miles de españoles. Nosotros no podemos sustituirte si decides no participar.

El estudio recoge información sobre el consumo de alcohol, cigarrillos y otras sustancias, así como sobre cuestiones relacionadas con la salud. Dada la importancia de obtener información lo más precisa posible, se asegura tu confidencialidad. Las Leyes obligan a que toda información que nos proporciones sea utilizada solamente para los objetivos científicos de este estudio. Ni tus padres, ni tus profesores, ni otras personas que pueden tomar decisiones que te afecten individualmente, nunca verán tus respuestas; sólo lo harán los investigadores relacionados con el estudio (y ellos no saben tu nombre). Tu participación no te causará ningún problema y la sinceridad de tus respuestas será decisiva para que el estudio tenga valor científico. Por la misma razón queremos realizar la entrevista en un ambiente tan privado como sea posible. ¿Podemos encontrar un lugar suficientemente privado para hacer la entrevista?

Si te parece bien, empezamos. **COMIENCE LA ENTREVISTA**

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA I

D1 Sexo:

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

D2 ¿Cuántos años tiene Vd.? /_/_/

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

D3 ¿Cuál es su estado civil?

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

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

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

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

ENTREVISTADOR: especificar al máximo el tipo de estudio y el último curso aprobado y CODIFICAR abajo

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

D6 ¿Ha nacido usted en España?

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

D7 ¿En qué país nació?:

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

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

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

SALUD

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

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

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

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

➔ Entrevistador: Entregue al/a la entrevistado/a el cuadernillo autorrellenable.

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

➔ Entrevistador: Entregue al entrevistado la hoja de instrucciones y ayúdele, si es preciso.

➔ Entrevistador: Lea las preguntas sobre bebidas alcohólicas despacio, asegurándose que el/la entrevistado/a las comprende. Luego indíquele cómo se marcan las respuestas. Intente que progresivamente lo vaya haciendo él/ella solo/a.

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

ALCOHOL

➔ ENTREVISTADOR: tenga en cuenta que las siguientes preguntas son diferentes si se hacen a un hombre o a una mujer.

HOMBRE

BD1. En los últimos 30 días, ¿Con qué frecuencia ha consumido CINCO BEBIDAS o más EN LA MISMA OCASIÓN, que es....?

Recordar al entrevistado. **CINCO unidades de alcohol son, por ejemplo :[TARJETA 1]**

	5 quintos o cañas de cerveza
	2 latas de cerveza y 2 cañas
	5 vasos/copas de vino
	2 cañas de cerveza y 3 vasos/copas de vino
	2 latas de cerveza y 2 vasos/copas de vino
	1 caña de cerveza y 2 combinados/cubatas/vasos whiskey, brandy, etc.
	1 vaso/copa de vino y 2 combinados cubatas/vasos whiskey, brandy, etc.
	2 cañas de cerveza, 1 vaso/copa de vino y 1 combinado cubatas/vasos whiskey, brandy, etc.

1	<input type="checkbox"/>	Entre 1 – 3 días
2	<input type="checkbox"/>	Entre 4 – 9 días
3	<input type="checkbox"/>	Entre 10 – 19 días
4	<input type="checkbox"/>	Entre 20 – 29 días
5	<input type="checkbox"/>	30 días
6	<input type="checkbox"/>	No he consumido 5 bebidas alcohólicas o más en la misma ocasión en los últimos 30 días
7	<input type="checkbox"/>	No he consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días
8	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido bebidas alcohólicas

BD2. ¿Cuántas horas suele tardar en consumir las CINCO BEBIDAS que se han indicado anteriormente?

Marque la hora más cercana

1	<input type="checkbox"/>	Menos de una hora
2	<input type="checkbox"/>	1-2 horas
3	<input type="checkbox"/>	3-4 horas
4	<input type="checkbox"/>	5-6 horas
5	<input type="checkbox"/>	7-8 horas
6	<input type="checkbox"/>	9 horas o más
7	<input type="checkbox"/>	No lo he hecho en los últimos 30 días

MUJER

BD1. En los últimos 30 días, ¿Con qué frecuencia ha consumido CUATRO BEBIDAS o más EN LA MISMA OCASIÓN, que es....?

Recordar a la entrevistada. **CUATRO unidades de alcohol** son, por ejemplo: [TARJETA 2]

	4 quintos o cañas de cerveza
	3 latas de cerveza
	4 vasos de vino
	2 cañas de cerveza y 2 vasos de vino
	1 caña de cerveza y 3 vasos de vino
	2 combinados/cubatas/vasos whiskey, brandy, etc..
	2 licores (ginebra, ron, vodka, whiskey sin combinar)
	2 cañas de cerveza y 1 combinado/ cubata/ vaso whiskey, brandy, etc.
	2 vasos de vino y 1 combinado/ cubata/ vaso whiskey, brandy, etc.
	1 caña de cerveza, 1 vaso de vino y 1 combinado/ cubata/ vaso whiskey, brandy, etc.

1	<input type="checkbox"/>	Entre 1 – 3 días
2	<input type="checkbox"/>	Entre 4 – 9 días
3	<input type="checkbox"/>	Entre 10 – 19 días
4	<input type="checkbox"/>	Entre 20 – 29 días
5	<input type="checkbox"/>	30 días
6	<input type="checkbox"/>	No he consumido 4 bebidas alcohólicas o más en la misma ocasión en los últimos 30 días
7	<input type="checkbox"/>	No he consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días
8	<input type="checkbox"/>	Nunca he consumido bebidas alcohólicas

BD2. ¿Cuántas horas suele tardar en consumir las CUATRO BEBIDAS que se han indicado anteriormente? .

Marque la hora más cercana

1	<input type="checkbox"/>	Menos de una hora
2	<input type="checkbox"/>	1-2 horas
3	<input type="checkbox"/>	3-4 horas
4	<input type="checkbox"/>	5-6 horas
5	<input type="checkbox"/>	7-8 horas
6	<input type="checkbox"/>	9 horas o más
7	<input type="checkbox"/>	No lo he hecho en los últimos 30 días

TRANQUILIZANTES / SEDANTES

[medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad]

Y SOMNÍFEROS

[medicamentos para dormir]

TS9. En los **ÚLTIMOS 12 MESES** indique cuál o cuáles de algunos de los **MEDICAMENTOS** más vendidos, incluyendo marcas comerciales y genéricos, ha consumido:

➔ **ENTREVISTADOR:** Le va a mostrar la tarjeta con los nombres de algunos de los medicamentos más vendidos (incluyendo marcas comerciales y genéricos). [TARJETA 3]

<input type="checkbox"/>	1	<u>Bromazepam</u> : LEXATIN, bromazepam normon...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Alprazolam</u> : TRANKIMAZÍN, alprazolam sandoz, alprazolam cinfa, alprazolam normon...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Lorazepam</u> : ORFIDAL, lorazepam cinfa, lorazepam kern pharma, lorazepam normon...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Diazepam</u> : VALIUM, diazepam prodes, diazepam normon, diazepam leo...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Clorazepato de potasio</u> : TRANXILIUM, clorazepato normon...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Zolpidem</u> : STILNOX, zolpidem cinfa, zolpidem normon, zolpidem stada...
<input type="checkbox"/>	1	<u>Lormetazepam</u> : NOCTAMID, lormetazepam normon, lormetazepam cinfa...

➔ **ENTREVISTADOR:** El entrevistado debe contestar a cada una de las preguntas para cada medicamento que consume (como máximo 3, aquellos que la persona consume más).

MEDICAMENTO 1 (Escriba a continuación el nombre del principio activo seleccionado en la lista de arriba)

TS10 ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó ese medicamento?:

1	<input type="checkbox"/>	Edad: _____
9	<input type="checkbox"/>	Ns/Nc

TS11. Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a su consumo de este medicamento

Marque una opción.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso sin que me lo haya recetado el médico a mi directamente	➔	Saltar a la pregunta TS16
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso porque me lo ha recetado el médico a mi directamente		

➔ **ENTREVISTADOR:** Las preguntas TS12, TS13, TS14 y TS15 sólo las deben contestar aquellos que han consumido el medicamento porque se lo ha recetado un médico directamente a ellos

TS12. Si te lo ha recetado un médico señale cuáles de las siguientes opciones se aproxima más a su consumo de este medicamento.

Puede marcar varias opciones.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso exactamente igual que como me lo ha indicado mi médico
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso menos veces o en menor cantidad que como me lo ha indicado el médico
3	<input type="checkbox"/>	Lo uso en mayor cantidad de la que me ha indicado el médico
4	<input type="checkbox"/>	Lo uso más veces que las que me indicó el médico
5	<input type="checkbox"/>	Lo uso durante más tiempo que el que me indicó mi médico

TS13. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo recetara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo recetó para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros. especifique

TS14. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Otros

TS15. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cómo le dijo que se lo tenía que tomar?

Marque una opción

1	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)
2	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara.

➔ **ENTREVISTADOR:** Continuar para todo el mundo

TS16. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo tomara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo tomé para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros, especifique

TS17. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento
9	<input type="checkbox"/>	Para incrementar o disminuir los efectos de drogas que había tomado
10	<input type="checkbox"/>	Para colocarme
11	<input type="checkbox"/>	Otras, especifique

TS18. Piense en la última vez que tomó ese medicamento y seleccione el medio por el que lo consiguió

Marque sólo una opción

1	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico recientemente
2	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico hace tiempo pero lo he seguido tomando alguna vez sin control por mi médico
3	<input type="checkbox"/>	Me lo dio o lo cogí de un amigo o un familiar
4	<input type="checkbox"/>	Se lo compré a un amigo o a un familiar
5	<input type="checkbox"/>	Se lo quité a un amigo o familiar sin que este lo supiera
6	<input type="checkbox"/>	Lo compré a un traficante o a una persona desconocida
7	<input type="checkbox"/>	Lo compré por internet
8	<input type="checkbox"/>	Lo compré en una farmacia sin receta
9	<input type="checkbox"/>	Me la recetó un amigo médico porque yo se lo pedí
10	<input type="checkbox"/>	Lo conseguí de otra manera

TS19. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS indique el número de días que ha tomado ese medicamento

Marque el número de días más aproximado

1	<input type="checkbox"/>	Entre 1 – 3 días
2	<input type="checkbox"/>	Entre 4 – 9 días
3	<input type="checkbox"/>	Entre 10 – 19 días
4	<input type="checkbox"/>	Entre 20 – 29 días
5	<input type="checkbox"/>	Todos los días (30 días)
9	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días

TS20 En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Ha tomado alguna vez ALCOHOL junto con este medicamento o 2 horas antes o después de tomarlo?:

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días
4	<input type="checkbox"/>	No he tomado alcohol en los últimos 30 días

MEDICAMENTO 2 (Escriba a continuación el nombre del principio activo seleccionado en la lista de arriba)

TS21 ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó ese medicamento?:

1	<input type="checkbox"/>	Edad: _____
9	<input type="checkbox"/>	Ns/Nc

TS22. Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a su consumo de este medicamento

Marque una opción.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso sin que me lo haya recetado el médico a mi directamente	→	Saltar a la pregunta TS27
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso porque me lo ha recetado el médico a mi directamente		

➔ **ENTREVISTADOR:** Las preguntas TS23, TS24, TS25 y TS26 sólo las deben contestar aquellos que han consumido el medicamento porque se lo ha recetado un médico directamente a ellos

TS23. Si te lo ha recetado un médico señale cuáles de las siguientes opciones se aproxima más a su consumo de este medicamento.

Puede marcar varias opciones.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso exactamente igual que como me lo ha indicado mi médico
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso menos veces o en menor cantidad que como me lo ha indicado el médico
3	<input type="checkbox"/>	Lo uso en mayor cantidad de la que me ha indicado el médico
4	<input type="checkbox"/>	Lo uso más veces que las que me indicó el médico
5	<input type="checkbox"/>	Lo uso durante más tiempo que el que me indicó mi médico

TS24. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo recetara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo recetó para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros. especifique

TS25. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Otros

TS26. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cómo le dijo que se lo tenía que tomar?

Marque una opción

1	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)
2	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara.

➔ **ENTREVISTADOR:** Continuar para todo el mundo

TS27. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo tomara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo tomé para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros, especifique

TS28. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento
9	<input type="checkbox"/>	Para incrementar o disminuir los efectos de drogas que había tomado
10	<input type="checkbox"/>	Para colocarme
11	<input type="checkbox"/>	Otras, especifique

TS29. Piense en la última vez que tomó ese medicamento y seleccione el medio por el que lo consiguió

Marque sólo una opción

1	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico recientemente
2	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico hace tiempo pero lo he seguido tomando alguna vez sin control por mi médico
3	<input type="checkbox"/>	Me lo dio o lo cogí de un amigo o un familiar
4	<input type="checkbox"/>	Se lo compré a un amigo o a un familiar
5	<input type="checkbox"/>	Se lo quité a un amigo o familiar sin que este lo supiera
6	<input type="checkbox"/>	Lo compré a un traficante o a una persona desconocida
7	<input type="checkbox"/>	Lo compré por internet
8	<input type="checkbox"/>	Lo compré en una farmacia sin receta
9	<input type="checkbox"/>	Me la recetó un amigo médico porque yo se lo pedí
10	<input type="checkbox"/>	Lo conseguí de otra manera

TS30. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS indique el número de días que ha tomado ese medicamento

Marque el número de días más aproximado

1	<input type="checkbox"/>	Entre 1 – 3 días
2	<input type="checkbox"/>	Entre 4 – 9 días
3	<input type="checkbox"/>	Entre 10 – 19 días
4	<input type="checkbox"/>	Entre 20 – 29 días
5	<input type="checkbox"/>	Todos los días (30 días)
9	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días

TS31 En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Ha tomado alguna vez ALCOHOL junto con este medicamento o 2 horas antes o después de tomarlo?:

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días
4	<input type="checkbox"/>	No he tomado alcohol en los últimos 30 días

MEDICAMENTO 3 (Escriba a continuación el nombre del principio activo seleccionado en la lista de arriba)

TS32 ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó ese medicamento?:

1	<input type="checkbox"/>	Edad: _____
9	<input type="checkbox"/>	Ns/Nc

TS33. Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a su consumo de este medicamento

Marque una opción.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso sin que me lo haya recetado el médico a mi directamente	→	Saltar a la pregunta TS38
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso porque me lo ha recetado el médico a mi directamente		

→ **ENTREVISTADOR:** Las preguntas TS34, TS35, TS36 y TS37 sólo las deben contestar aquellos que han consumido el medicamento porque se lo ha recetado un médico directamente a ellos

TS34. Si te lo ha recetado un médico señale cuáles de las siguientes opciones se aproxima más a su consumo de este medicamento.

Puede marcar varias opciones.

1	<input type="checkbox"/>	Lo uso exactamente igual que como me lo ha indicado mi médico
2	<input type="checkbox"/>	Lo uso menos veces o en menor cantidad que como me lo ha indicado el médico
3	<input type="checkbox"/>	Lo uso en mayor cantidad de la que me ha indicado el médico
4	<input type="checkbox"/>	Lo uso más veces que las que me indicó el médico
5	<input type="checkbox"/>	Lo uso durante más tiempo que el que me indicó mi médico

TS35. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo recetara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo recetó para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros. especifique

TS36. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Otros

TS37. Piense en la última vez que el médico le recetó ese medicamento: ¿Cómo le dijo que se lo tenía que tomar?

Marque una opción

1	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)
2	<input type="checkbox"/>	El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara.

➔ **ENTREVISTADOR:** Continuar para todo el mundo

TS38. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Qué síntomas hicieron que se lo tomara?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Dolor
2	<input type="checkbox"/>	Estrés, ansiedad, tensión
3	<input type="checkbox"/>	Depresión, tristeza
4	<input type="checkbox"/>	Insomnio (problemas para dormir)
5	<input type="checkbox"/>	Efectos secundarios de otro medicamento (me lo tomé para contrarrestar sus efectos)
6	<input type="checkbox"/>	Otros, especifique

TS39. Piense en la última vez que tomó ese medicamento: ¿Cuáles fueron las razones de esos síntomas?

Puede marcar varias opciones

1	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares (divorcio...)
2	<input type="checkbox"/>	Violencia de género
3	<input type="checkbox"/>	Problemas laborales (despido, mobbing...)
4	<input type="checkbox"/>	Problemas económicos
5	<input type="checkbox"/>	Hechos traumáticos (muerte de un familiar...)
6	<input type="checkbox"/>	Situaciones habituales del día a día
7	<input type="checkbox"/>	Necesito tomarlo, si no lo tomo me siento mal
8	<input type="checkbox"/>	Para experimentar o probar lo que se sentía tomando ese medicamento
9	<input type="checkbox"/>	Para incrementar o disminuir los efectos de drogas que había tomado
10	<input type="checkbox"/>	Para colocarme
11	<input type="checkbox"/>	Otras, especifique

TS40. Piense en la última vez que tomó ese medicamento y seleccione el medio por el que lo consiguió

Marque sólo una opción

1	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico recientemente
2	<input type="checkbox"/>	Me lo recetó mi médico hace tiempo pero lo he seguido tomando alguna vez sin control por mi médico
3	<input type="checkbox"/>	Me lo dio o lo cogí de un amigo o un familiar
4	<input type="checkbox"/>	Se lo compré a un amigo o a un familiar
5	<input type="checkbox"/>	Se lo quité a un amigo o familiar sin que este lo supiera
6	<input type="checkbox"/>	Lo compré a un traficante o a una persona desconocida
7	<input type="checkbox"/>	Lo compré por internet
8	<input type="checkbox"/>	Lo compré en una farmacia sin receta
9	<input type="checkbox"/>	Me la recetó un amigo médico porque yo se lo pedí
10	<input type="checkbox"/>	Lo conseguí de otra manera

TS41. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS indique el número de días que ha tomado ese medicamento

Marque el número de días más aproximado

1	<input type="checkbox"/>	Entre 1 – 3 días
2	<input type="checkbox"/>	Entre 4 – 9 días
3	<input type="checkbox"/>	Entre 10 – 19 días
4	<input type="checkbox"/>	Entre 20 – 29 días
5	<input type="checkbox"/>	Todos los días (30 días)
9	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días

TS42 En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Ha tomado alguna vez ALCOHOL junto con este medicamento o 2 horas antes o después de tomarlo?:

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	No he tomado ese medicamento en los últimos 30 días
4	<input type="checkbox"/>	No he tomado alcohol en los últimos 30 días

RIESGO Y OTRAS CUESTIONES

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

	Ningún Problema	Pocos Problemas	Bastantes Problemas	Muchos Problemas	NS/NC
a. Fumar un paquete de tabaco diario	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
b. Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
c. Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada día	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
d. Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
e. Fumar hachís o marihuana (cannabis) una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
f. Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
g. Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos de una a tres veces por semana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
h. Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos a diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
i. Consumir éxtasis una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
j. Consumir cocaína una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
k. Consumir heroína una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
l. Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
m. Consumir GHB o éxtasis líquido una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
n. Consumir anfetaminas o speed una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
ñ. Consumir setas mágicas una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
o. Consumir ketamina una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

R2. ¿Qué grado de dificultad piensa que tendría Vd. para obtener cada una de las siguientes sustancias, en un plazo de unas 24 horas?

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	NS/NC
a. Hachís, cannabis, marihuana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
b. Heroína	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
c. Cocaína	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
d. Alucinógenos (LSD, ácido, tripi...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
e. Éxtasis u otras drogas de síntesis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
f. GHB o éxtasis líquido	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
g. Anfetaminas o speed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
h. Setas mágicas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
i. Ketamina	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
j. Tranquilizantes, sedantes o somníferos a través de una receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉
k. Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin tener receta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₉

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

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

R4. De las siguientes situaciones, dígame ¿con qué frecuencia se las encuentra usted actualmente en el barrio o pueblo donde vive?

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

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

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

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA II

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

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

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

Ayude al entrevistado a centrar la semana de referencia.

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

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

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

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

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

ENTREVISTADOR: Anote la actividad que realiza de forma detallada en la línea de abajo y CODIFICARLA en la tabla. Además, VER TARJETA 4 y anotar el código de dos dígitos de la actividad concreta

ANOTAR ACTIVIDAD: _____

ANOTAR CÓDIGO CON DOS DÍGITOS: _____

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

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

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

ENTREVISTADOR: Anote la situación o rango profesional que desempeña de forma detallada en la línea de abajo y CODIFICARLA en la tabla. Además, VER TARJETA 5 y anotar el código de dos dígitos de la ocupación concreta.

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

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

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

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

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

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

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

1	<input type="checkbox"/>	Hasta 499 €
2	<input type="checkbox"/>	De 500 a 799 €
3	<input type="checkbox"/>	De 800 a 999 €
4	<input type="checkbox"/>	De 1.000 a 1.499 €
5	<input type="checkbox"/>	De 1.500 a 1.999 €
6	<input type="checkbox"/>	De 2.000 a 2.499 €
7	<input type="checkbox"/>	De 2.500 a 2.999 €
8	<input type="checkbox"/>	De 3.000 a 4.999 €
9	<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.

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Entrevistador: Por favor complete los datos siguientes.

Fecha de la entrevista _____

Hora _____

Duración de la entrevista en minutos _____

Nombre de pila _____

Teléfono de la casa (número) _____

Teléfono móvil _____

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

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

Dirección _____

Ciudad _____ **Provincia** _____ **Código Postal** _____

Para ser rellenado 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 pregunta Ent4.
2	<input type="checkbox"/>	No, ha necesitado ayuda	

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

1	<input type="checkbox"/>	Alcohol	9	<input type="checkbox"/>	Alucinógenos
2	<input type="checkbox"/>	Tabaco	10	<input type="checkbox"/>	Heroína
3	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somniferos	11	<input type="checkbox"/>	Inhalables Volátiles
4	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somniferos sin receta	12	<input type="checkbox"/>	Drogas Inyectadas
5	<input type="checkbox"/>	Cánnabis Marihuana o Hachís	13	<input type="checkbox"/>	Nuevas sustancias
6	<input type="checkbox"/>	Cocaína en polvo	14	<input type="checkbox"/>	Tratamiento
7	<input type="checkbox"/>	Cocaína en forma de base	15	<input type="checkbox"/>	Uso de internet y otras conductas relacionadas
8	<input type="checkbox"/>	Éxtasis u otras drogas de síntesis	16	<input type="checkbox"/>	Salud
9	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas o Speed			

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

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

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

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

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

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

Ent6. Estimación de la comprensión del cuestionario:

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

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

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

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

Observaciones
