



MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ESDAM

ESTUDIO SOBRE ALCOHOL, DROGAS Y OTRAS ADICCIONES EN MAYORES DE 64 AÑOS EN ESPAÑA **2019-2020**

CUESTIONARIO

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

1				

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

D1 Sexo:

Hombre	<input type="checkbox"/> 1
Mujer	<input type="checkbox"/> 0

D2 ¿Cuántos años tiene Vd.? /__/__/

D3 ¿Cuál es su estado civil?

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

D4 ¿Con quiénes vive Vd. actualmente? Puede marcar una o varias respuestas.

Solo	<input type="checkbox"/> 1
Familia propia (cónyuge/pareja y/o hijos propios o de la pareja)	<input type="checkbox"/> 2
Familia de origen (padre, madre, hermanos, tíos, suegros...)	<input type="checkbox"/> 3
Otros	<input type="checkbox"/> 4

D5 ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado o aprobado?

Sin estudios o estudios primarios incompletos: menos de 6 años o cursos de primaria aprobados	<input type="checkbox"/> 1
Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, certificado de escolaridad, 6 años o cursos de primaria aprobados	<input type="checkbox"/> 2
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	<input type="checkbox"/> 3
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.	<input type="checkbox"/> 4
Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura o ingeniería técnica, grado)	<input type="checkbox"/> 5
Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado, master)	<input type="checkbox"/> 6

D6 ¿Ha nacido usted en España?

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0

D7 Si ha nacido fuera de España, ¿Cuántos años lleva viviendo en España, aproximadamente?:

_____ Número de años

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

D8. ¿En qué situación/es de las siguientes se encontraba LA SEMANA PASADA? Nos referimos a la última semana completa, desde el último domingo al lunes anterior.

Ayude al entrevistado a centrar la semana de referencia.

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

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

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

D9. 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 los ingresos mensuales netos de su hogar:

Hasta 499 €	<input type="checkbox"/> 1
De 500 a 999€	<input type="checkbox"/> 2
De 1.000 a 1.499 €	<input type="checkbox"/> 3
De 1.500 a 1.999 €	<input type="checkbox"/> 4
De 2.000 a 2.499 €	<input type="checkbox"/> 5
De 2.500 a 2.999 €	<input type="checkbox"/> 6
De 3.000 a 4.999 €	<input type="checkbox"/> 7
5.000 € o más	<input type="checkbox"/> 8
NS/NC	<input type="checkbox"/> 9

D10. 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) / _/_/

ALCOHOL

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, anís, 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. Indique si usted ha consumido CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.**

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
HA CONSUMIDO CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

A2. Indique si usted se ha EMBORRACHADO, aunque fuera sólo una vez **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.**

	¿Se ha emborrachado ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Se ha emborrachado en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Se ha emborrachado en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Se ha emborrachado A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
SE HA EMBORRACHADO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

- A4. Las personas beben alcohol por distintos motivos. Pensando en LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuáles han sido para usted los MOTIVOS principales PARA BEBER? Puede marcar una o varias casillas.**

Porque le gusta cómo se siente después de beber	<input type="checkbox"/> 1
Porque es divertido o porque anima las fiestas y celebraciones	<input type="checkbox"/> 1
Sólo para emborracharse	<input type="checkbox"/> 1
Para encajar en un grupo que le gusta o para no sentirse excluido (en relación con los demás)	<input type="checkbox"/> 1
Porque le ayuda cuando se siente deprimido o cuando necesita olvidarse de todo	<input type="checkbox"/> 1
Porque cree que es saludable o porque forma parte de una alimentación equilibrada	<input type="checkbox"/> 1

No he tomado una bebida alcohólica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 9

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 30 DÍAS

Conteste a esta pregunta (A5) SÓLO SI ES USTED UN HOMBRE

- A5. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión 5 ó más bebidas alcohólicas? Entendiendo por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.**

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"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 9

Conteste a esta pregunta (A6) SÓLO SI ES USTED UNA MUJER

- A6. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuántos días ha tomado en la misma ocasión 4 ó más bebidas alcohólicas? Entendiendo por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.**

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"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica	<input type="checkbox"/> 1
No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 9

Las siguientes preguntas se refieren solamente a los ÚLTIMOS 7 DÍAS

A8. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿Qué días ha consumido usted alguna bebida alcohólica?

Marque de lunes a domingo los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 7 días. Si no ha consumido ningún día marque la casilla correspondiente. Puede marcar varias casillas de lunes a domingo.

	Ningún día en los últimos 7 días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Días en los que ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7

A9. En los ÚLTIMOS 7 DÍAS ¿Cuántos vasos o copas de las siguientes bebidas alcohólicas ha consumido en total? Anote el número de vasos o copas de estas bebidas que ha consumido en total en los últimos 7 días, si no ha consumido en los últimos 7 días marque 0.

		Nº total de bebidas alcohólicas consumidas EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS
₁ Nº de vasos o copas de vino/champán o cava		_ _
₂ Nº de vasos, cañas o quintos de cerveza o sidra		_ _
₃ Nº de vasos o copas de vermú, jerez o fino		_ _
₄ Nº de vasos de combinados o cubatas		_ _
₅ Nº de copas de licores de frutas solos (pacharán, anís, manzana)		_ _
₆ Nº de copas de licores fuertes solos (coñac, ginebra, whisky...)		_ _

No he tomado bebidas alcohólicas durante los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he tomado una bebida alcohólica en mi vida	<input type="checkbox"/> 9

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

Muy importante:

- **SI NO HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, no conteste** este bloque y pase a la pregunta T1 (Tabaco)
- **SI HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS** porque forman parte de un cuestionario y deben analizarse conjuntamente. Marque una casilla por pregunta.

AU1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

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

AU2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABACO

- T1. Indique si usted ha consumido UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO, aunque fuera sólo una o dos caladas **ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.**

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<u>CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO</u> , aunque fuera sólo una o dos caladas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

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

CIGARRILLOS
Anote el n°: _____

PUROS
Anote el n°: _____

PIPAS
Anote el n°: _____

No he fumado un cigarrillos, puros o pipas en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he fumado un cigarrillo, o un puro o en pipa	<input type="checkbox"/> 9

- T4. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, si ha fumado cigarrillos, ¿qué tipo de cigarrillos ha fumado?** Marque una casilla.

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"/> 9
Nunca he fumado	<input type="checkbox"/> 0

- T4a. Si ha habido alguna vez en su vida que ha sido fumador, ¿Durante cuántos años ha fumado?** Ponga sobre la línea los años que fumó o marque el recuadro correspondiente.

_____ **AÑOS**

Nunca he fumado tabaco	<input type="checkbox"/> 9
------------------------	----------------------------

T6. ¿Se ha planteado alguna vez dejar de fumar? Marque una casilla.

Sí y lo he intentado	<input type="checkbox"/> 1
Sí, pero no lo he intentado	<input type="checkbox"/> 2
No me lo he planteado	<input type="checkbox"/> 3
No fumo	<input type="checkbox"/> 9

T8. Si usted es exfumador, ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que fumó la última vez? Ponga sobre la línea los años que han pasado desde la última vez que fumó.

_____ AÑOS

No soy exfumador, sigo fumando	<input type="checkbox"/> 0
Nunca he fumado tabaco	<input type="checkbox"/> 9

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

CE1. Indique si usted ha consumido **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o A DIARIO EN LOS **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

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

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"/> 9

CE3. Si ha fumado **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)**, ¿Utiliza los **CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (vapear)** para **reducir su consumo** o **dejar de fumar**? Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
No he fumado cigarrillos electrónicos nunca	<input type="checkbox"/> 9

TRANQUILIZANTES / SEDANTES (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) Y SOMNÍFEROS (medicamentos para dormir)

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

NO INCLUYA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

TS1. Indique si usted ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES, y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido alguna vez en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido alguna vez A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<u>TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS</u>	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

TS1a. Si usted consume diariamente TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS, ¿Desde hace cuánto tiempo que los toma diariamente?

_____ AÑOS

Nunca he tomado diariamente tranquilizantes, sedantes y/o somníferos ₉

TS3. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS. Puede marcar una o varias opciones.

₁ Lo tomo en mayor dosis porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> ₁
₂ Lo tomo en menor dosis que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
₃ Lo tomo durante más tiempo porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> ₁
₄ Lo tomo durante menos tiempo que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
₅ Lo tomo en la cantidad y durante el tiempo exacto que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> ₁
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> ₈
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> ₉

TS4. Piense en la última vez que tomó TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS: ¿Cómo le dijo el médico que se lo tenía que tomar? Marque una opción

El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)	<input type="checkbox"/> ₁
El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara .	<input type="checkbox"/> ₂
Lo tomo según considero porque no me lo ha recetado ningún médico	<input type="checkbox"/> ₃
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos	<input type="checkbox"/> ₉

POR FAVOR, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI HA CONSUMIDO **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, si **no** ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS** pase a la pregunta AO1

TS1b. ¿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, continuamente, 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, - alucinaciones - convulsiones - insomnio - agitación - sudores o pulso - náuseas/vómitos - ansiedad - 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 O PARA USO NO MÉDICO
 (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad) **SOMNÍFEROS SIN RECETA O**
PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para dormir)

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

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

TS5. Indique si usted ha consumido **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS** y/o **A DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

TS7. Piense en la última vez que tomó **TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO** (medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad o medicamentos para dormir) y seleccione el **medio por el que los consiguió**. Marque sólo una opción.

1 A través de una receta médica que no me recetaron a mi	<input type="checkbox"/> 1
2 A través de un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> 2
3 A través de un traficante o a una persona desconocida	<input type="checkbox"/> 3
4 A través de internet	<input type="checkbox"/> 4
5 Lo compré en una farmacia sin receta	<input type="checkbox"/> 5
6 Lo conseguí de otra manera	<input type="checkbox"/> 6
Nunca he tomado tranquilizantes, sedantes y/o somníferos <u>sin receta o para uso no médico</u>	<input type="checkbox"/> 9

ANALGÉSICOS OPIOIDES

(medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

Estos medicamentos **se usan para tratar dolores** originados por diferentes causas que sean **intensos, de larga duración o que no hayan respondido a otros tratamientos.**

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

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

AO1. Indique si usted ha utilizado o consumido ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque con una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí
ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

AO2. Indique cuáles de los siguientes ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) ha utilizado o consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA. Puede marcar varias casillas por fila.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA	
	No	Sí
¹ TRAMADOL (Adolonta, Dolpar, Enanplus, Tradonal, Zaldiar...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
² CODEÍNA (Algidol, Analgilasa, Bisoltus, Cod-Efferalgan, Codeisan, Dolmen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
³ MORFINA (Dolq, Mst Continus, Oramorph, Sevredol...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
⁴ FENTANILO (Durogesic, Fendivia, Instanyl, Matrifen...)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
⁵ OTROS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

AO3. En términos generales indique PARA QUÉ EMPEZÓ A TOMAR este tipo de medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar varias opciones.

¹ Dolor agudo	<input type="checkbox"/> ₁
² Dolor crónico	<input type="checkbox"/> ₁
³ Después de una operación	<input type="checkbox"/> ₁
⁴ Para tratar mi dolor porque no me funcionaban otros medicamentos	<input type="checkbox"/> ₁
⁵ Otras razones: _____	<input type="checkbox"/> ₁
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> ₉

AO4. En términos generales señale EL MODO EN QUE TOMA estos medicamentos denominados ANALGÉSICOS OPIOIDES (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina). Puede marcar una o varias opciones.

1 Lo tomo en mayor dosis porque la dosis que me ha recetado mi médico no me hace efecto	<input type="checkbox"/> 1
2 Lo tomo en menor dosis que la que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
3 Lo tomo durante más tiempo porque si dejo de tomarlo me siento mal	<input type="checkbox"/> 1
4 Lo tomo durante menos tiempo que lo que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
5 Lo tomo en la cantidad y durante el tiempo exacto que me ha recomendado mi médico	<input type="checkbox"/> 1
No me lo ha recetado ningún médico y lo tomo según considero	<input type="checkbox"/> 8
Nunca he tomado analgésicos opioides	<input type="checkbox"/> 9

ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina)

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

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

AO5. Indique si usted ha consumido ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) **ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque con una casilla por cada pregunta.**

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí
<u>ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO</u> (Tramadol, codeína, morfina, fentanilo...)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

AO6. Piense en la última vez que tomó ANALGÉSICOS OPIOIDES SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO (medicamentos para calmar el dolor derivados de la morfina) y seleccione el medio por el que los consiguió. Marque sólo una opción.

1 A través de una receta médica que no me recetaron a mi	<input type="checkbox"/> 1
2 A través de un amigo o familiar	<input type="checkbox"/> 2
3 A través de un traficante o a una persona desconocida	<input type="checkbox"/> 3
4 A través de internet	<input type="checkbox"/> 4
5 Lo compré en una farmacia sin receta	<input type="checkbox"/> 5
6 Lo conseguí de otra manera	<input type="checkbox"/> 6
Nunca he tomado analgésicos opioides sin receta o para uso no médico	<input type="checkbox"/> 9

OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

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, MDMA]
- **ANFETAMINAS O SPEED** [anfetas]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [caballo, jaco]
- **SETAS MÁGICAS**

M1. Indique si usted ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?	
	No	Sí	No	Sí
<u>CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS</u> (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

M2. Indique si usted ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS algún día en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o 20 días o más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS y/o A DIARIO (30 días) EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido algún día en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido 20 días o más en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?		¿Ha consumido A DIARIO (30 días) en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
<u>CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS</u> (aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

M4. 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"/> ₀
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> ₉

M5. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, qué ha fumado? Marque una casilla.

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"/> ₉
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> ₀

M7. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿Cuándo ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, lo ha mezclado con TABACO? Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₀

No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> ₉

M8. Si fuese legal el consumo de CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿lo probaría? Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₀

Ya lo he probado	<input type="checkbox"/> ₂
------------------	---------------------------------------

M9. En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, ¿De dónde lo ha obtenido? Puede marcar varias opciones.

₁ De una plantación propia	<input type="checkbox"/> ₁
₂ De un club cannábico (o de una asociación de usuarios de cannabis)	<input type="checkbox"/> ₁
₃ De una tienda de productos de cannabis (grow shop, head shop...)	<input type="checkbox"/> ₁
₄ De un traficante o camello (vendedor)	<input type="checkbox"/> ₁
₅ De un amigo	<input type="checkbox"/> ₁
₆ De internet	<input type="checkbox"/> ₁
No he consumido cannabis, marihuana o hachís en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he consumido cannabis, marihuana o hachís	<input type="checkbox"/> ₉

COCAÍNA EN POLVO

(cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)

- C1. Indique si usted ha consumido **COCAÍNA EN POLVO ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
COCAÍNA EN POLVO (cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

- C3. ¿Ha consumido **COCAÍNA EN POLVO 30 días o más en los ÚLTIMOS 12 MESES?** Marque una casilla.

Sí	<input type="checkbox"/> ₁
No	<input type="checkbox"/> ₀

No he consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he consumido cocaína en polvo	<input type="checkbox"/> ₉

COCAÍNA EN FORMA DE BASE

(base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca)

- B1. Indique si usted ha consumido **COCAÍNA EN FORMA DE BASE ALGUNA VEZ EN LA VIDA**, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
COCAÍNA EN FORMA DE BASE [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS

(pastis, pirulas, MDMA)

- 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**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
ÉXTASIS U OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (pastis, pirulas, MDMA)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

ANFETAMINAS O SPEED

(anfetetas)

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**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
ANFETAMINAS O SPEED (anfetetas)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

ALUCINÓGENOS

(LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)

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**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

HEROÍNA

(caballo, jaco)

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**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
HEROÍNA (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

SETAS MÁGICAS

SM1. Indique si usted ha consumido **SETAS MÁGICAS** ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los **ÚLTIMOS 12 MESES** y/o en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha consumido ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha consumido en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
SETAS MÁGICAS	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

JUEGO CON DINERO

Conteste a las preguntas J1 y J2 si ha **JUGADO CON DINERO** en los **ÚLTIMOS 12 MESES**, si no ha jugado con dinero en los últimos 12 meses pase a la pregunta J3

No he jugado dinero en los últimos 12 meses → Pasa a la pregunta J3

J1. ¿Conteste si le ha ocurrido (sí/no) algo de lo que se describe a continuación en los ÚLTIMOS 12 MESES? Marque una casilla por línea.

	SÍ	NO
¹ Ha tenido la necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
² Ha estado nervioso o irritado cuando ha intentado reducir o abandonar el juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
³ Ha hecho esfuerzos repetidos para controlar, reducir o abandonar el juego, siempre sin éxito.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁴ A menudo ha tenido la mente ocupada en las apuestas (p. ej. reviviendo ¹ experiencias de apuestas pasadas, planificando su próxima apuesta, pensando en formas de conseguir dinero para apostar...).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁵ A menudo ha jugado cuando sentía desasosiego (p. ej. culpabilidad, ansiedad, depresión).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁶ Después de perder dinero en las apuestas, ha vuelto a jugar otro día para intentar ganar y así recuperar el dinero perdido.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁷ Ha mentido para ocultar su grado de implicación en el juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁸ Ha puesto en peligro o ha perdido alguna relación importante, su empleo u oportunidades en sus estudios o en su carrera profesional a causa del juego.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
⁹ Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su grave situación financiera provocada por el juego,	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Se considera **jugar con dinero online (en internet)** si ha accedido mediante un dispositivo personal (móvil, ordenador, Tablet, etc.) a páginas web o aplicaciones de juegos de azar o apuestas con el objetivo de ganar dinero.

Se considera **jugar con dinero presencial (fuera de internet)** si ha acudido físicamente a establecimientos especializados en juegos de azar o apuestas o has utilizado terminales de apuestas en bares u otros establecimientos hosteleros con el objetivo de ganar dinero

J2. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿Con qué frecuencia HA JUGADO DINERO? Marque una casilla por columna.

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
Un día al mes o menos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
2-4 días al mes	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
2-5 días a la semana	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
6 o más días a la semana	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
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

J4. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿En qué juegos HA JUGADO DINERO? Marque una o varias casillas.

	Online (en internet)	Presencial (fuera de internet)
¹ Loterías, primitiva, bonoloto, once cupones, juego activo eurojackpot, 7/39	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
² Loterías instantáneas (rascas once)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
³ Quinielas de fútbol y/o quinigol	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁴ Apuestas deportivas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁵ Apuestas en las carreras de caballos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁶ Slots, máquinas de azar/ tragaperras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁷ Juegos de cartas con dinero (póquer, mus, blackjack, punto y banca...)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁸ Bingo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
⁹ Videojuegos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
¹⁰ Juegos en casino	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
¹¹ Juegos en salas de juego	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
¹² Bolsa de valores	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
¹³ Concursos (televisión, radio, prensa) con apuesta económica	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁

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

J5. En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿Cuál ha sido la mayor cantidad de DINERO QUE SE HA GASTADO JUGANDO en un solo día? Marque una casilla por columna.

	Dinero que he jugado online (en internet)	Dinero que he jugado presencial (fuera de internet)
Menos de 6 euros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Entre 6 y 30 euros	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Entre 31 y 60 euros	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Entre 61 y 300 euros	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Más de 300 euros	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

No he jugado dinero en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
Nunca he jugado dinero	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₉

INTERNET

Las siguientes preguntas se refieren al **uso de INTERNET**, para chatear, mandar o recibir e-mails, WhatsApp, usar redes sociales, jugar con o sin dinero, escuchar o descargarse música, ver o descargarse videos, hacer compras, para hacer deberes o trabajar.

INT1. Indique si usted ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA, y/o en los ÚLTIMOS 12 MESES y/o en los ÚLTIMOS 30 DÍAS. Marque una casilla por cada pregunta.

	¿Ha usado INTERNET ALGUNA VEZ EN LA VIDA?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Ha usado INTERNET en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	
	No	Sí	No	Sí	No	Sí
Uso de INTERNET	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

INT2. En los ÚLTIMOS 12 MESES, si ha usado INTERNET, ¿para qué lo ha hecho?:
Marque todas las que considere.

1 Para buscar información	<input type="checkbox"/> ₁
2 Para usar las redes sociales (Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, Pinterest, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁
3 Para usar WhatsApp, Email (Gmail, etc.), MSN	<input type="checkbox"/> ₁
4 Para escuchar o descargar música , ver o descargar películas, series , etc.	<input type="checkbox"/> ₁
5 Para comprar ropa, juegos, libros, etc. (Amazon, Ebay , etc.)	<input type="checkbox"/> ₁
6 Para jugar a juegos sin apostar dinero de cartas, de habilidad, crucigramas, sopas de letras, ajedrez, parchís , etc.	<input type="checkbox"/> ₁
7 Otros	<input type="checkbox"/> ₁
No he usado internet en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> ₀

SALUD

S1. EN ALGÚN MOMENTO DE SU VIDA, ha sido Vd. diagnosticado de:
Marque todas las que considere.

1 Ludopatía (problemas con el juego)	<input type="checkbox"/> ₁
2 Ansiedad	<input type="checkbox"/> ₁
3 Depresión	<input type="checkbox"/> ₁
4 Insomnio (problemas para dormir)	<input type="checkbox"/> ₁
5 Trastorno por consumo de drogas (sustancias psicoactivas)	<input type="checkbox"/> ₁
Ninguno de los mencionados	<input type="checkbox"/> ₉

PERCEPCIÓN DE RIESGO

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

	Pocos problemas o ninguno	Bastantes o muchos Problemas	NS/NC
1 Fumar un paquete de tabaco diario	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
2 Fumar cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
3 Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
4 Tomarse más de 1 ó 2 cañas/copas de vino cada día	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
5 Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
6 Tomar tranquilizantes / sedantes o somníferos una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
7 Consumir analgésicos opioides una vez o menos al mes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
8 Consumir analgésicos opioides una vez por semana o más	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉
9 Jugar a juegos con dinero o apuestas con una frecuencia al menos semanal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₉

USTED HA TERMINADO EL CUESTIONARIO.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Para ser rellenado por el ENTREVISTADOR

Ent1. ¿El entrevistado/a ha respondido con mucha dificultad a los bloques del cuestionario de consumo de sustancias?

1	<input type="checkbox"/>	Sí, ha respondido con mucha dificultad	→ Pasar a pregunta Ent4.
2	<input type="checkbox"/>	No, no le ha resultado complicado	

Ent2. ¿Cuáles le han parecido muy complicadas de responder?

1	<input type="checkbox"/>	Alcohol	12	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas o Speed
2	<input type="checkbox"/>	Tabaco	13	<input type="checkbox"/>	Alucinógenos
3	<input type="checkbox"/>	Cigarrillos electrónicos	14	<input type="checkbox"/>	Setas mágicas
4	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somníferos	15	<input type="checkbox"/>	Heroína
5	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes/Sedantes y Somníferos sin receta	16	<input type="checkbox"/>	Juego con dinero
6	<input type="checkbox"/>	Analgésicos opioides	17	<input type="checkbox"/>	Salud
7	<input type="checkbox"/>	Analgésicos opioides sin receta			
8	<input type="checkbox"/>	Cánnabis Marihuana o Hachís			
9	<input type="checkbox"/>	Cocaína en polvo			
10	<input type="checkbox"/>	Cocaína en forma de base			
11	<input type="checkbox"/>	Éxtasis u otras drogas de síntesis			

Ent3. ¿Y por qué razón no la ha respondido con facilidad?

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

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 era muy difícil de contestar
2	<input type="checkbox"/>	El cuestionario era muy repetitivo
3	<input type="checkbox"/>	El cuestionario no lo ha querido rellenar en su totalidad
4	<input type="checkbox"/>	El cuestionario tiene una letra demasiado pequeña
5	<input type="checkbox"/>	El cuestionario 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

DATOS DE CLASIFICACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Entrevistador: Por favor complete los datos siguientes.

Nº DE RUTA

--	--	--	--	--

Fecha de la entrevista _____

Nº DE CUESTIONARIO

--	--	--	--	--

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** _____

