

## Cuestionario Autorrellenable

COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
PROVINCIA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
MUNICIPIO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DISTRITO.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
SECCIÓN.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TAMAÑO DE HABITAT.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE HOGAR EN LA RUTA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nº DE ENTREVISTADOR.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº DE RUTA.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## ALCOHOL

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

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

SÍ, ALGUNA VEZ HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

NO, NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓICA EN MI VIDA

**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 que edad tenía, indique una edad aproximada. Ponga los años que tenía sobre la línea.**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

**A3. Piense acerca de la última vez que Vd. Tomó cualquier tipo de bebida alcohólica ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que tomó una bebida alcohólica?**

MENO DE 30 DÍAS

MÁS DE 1 MES, PERO MENOS DE 1 AÑO

MÁS DE 1 AÑO

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

**A4. Ahora piense en los últimos 12 meses. ¿Cuántos días en los últimos 12 meses tomó Vd. Una bebida alcohólica?**

TODOS LOS DÍAS

2 Ó 4 DÍAS AL MES

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

UNA VEZ AL MES O MENOS

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS

**A5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos días se emborrachó?**

TODOS LOS DÍAS

UNA VEZ AL MES O MENOS

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA ME EMBORRACHÉ

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS

2 Ó 4 DÍAS AL MES

**A6. Piense específicamente en los últimos 30 días. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó Vd. una o más bebidas alcohólicas?. Ponga sobre la línea el número de días.**

DÍAS

NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

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

A7. ¿En los días que Vd. tomó alcohol durante los últimos 30 días, ¿cuántas bebidas se tomaba de costumbre?. Nuevamente, acuérdesese de contar como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champaña, o jerez, un trago de licor o un combinado. Ponga sobre la línea el número de bebidas.

\_\_\_\_\_ BEBIDAS

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

A8. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días tomó usted cinco o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión?. “Ocasión” quiere decir la misma vez o dentro de un par de horas de diferencia entre una bebida y las otras. Ponga sobre la línea el número de días.

\_\_\_\_\_ DÍAS

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

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SOLAMENTE A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**

A9. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

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

FINES DE SEMANA  
(V.S.D.)

VINO/ CHAMPAN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMÚ	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE	LICORES FUERTES
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

					<b>FRUTAS</b>	
TODOS LOS FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
3 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO NUNCA ESE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A10. Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, que cantidad ha consumido: (entrevistador anotar la cantidad de las bebidas consumidas según A9).**

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

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

**DÍAS LABORABLES (L.M.X.J.)**

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

NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN	
NÚMERO DE VASOS, CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA	
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMÚ, JEREZ, FINOS,...)	
NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS	
NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA..)	
NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY..)	
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	

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

**FIN DE SEMANA (V.S.D.)**

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

NÚMERO DE VASOS O COPAS DE VINO/CHAMPÁN	_____
NÚMERO DE VASOS , CAÑAS O BOTELLINES DE CERVEZA/SIDRA	_____
NÚMERO DE VASOS O COPAS DE APERITIVOS (VERMÚ, JEREZ, FINOS,...)	_____
NÚMERO DE VASOS DE COMBINADOS O CUBATAS	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES DE FRUTAS SOLOS (PACHARÁN, MANZANA, PERA...)	_____
NÚMERO DE COPAS DE LICORES FUERTES SOLOS (COÑAC, GINEBRA, WHISKY...)	_____
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	_____
NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA EN MI VIDA	_____

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

---

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS. SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.  
CONTINÚE EL CUESTIONARIO**

**TABACO**

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

**T1. ¿Ha fumado Vd. alguna vez, un cigarrillo u otro tipo de tabaco aunque fuera sólo una o dos caladas?**

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

NO, NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

**T2. ¿Qué edad tenía Vd. cuando fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco por primera vez aunque fuera sólo una o dos caladas?. Ponga los años que tenía sobre la línea.**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

**T3. Desde que fumó por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha fumado cigarrillos u otro tipo de tabaco?**

MÁS DE 6 MESES

ENTRE 1 MES Y 6 MESES

MENOS DE 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

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

MENOS DE 30 DÍAS

MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO

MÁS DE 1 AÑO

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

**T5. Piense específicamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó un cigarrillo u otro tipo de tabaco. Ponga sobre la línea el número de días.**

\_\_\_\_\_ DÍAS

NO HE FUMADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

**T6. Dentro de los últimos 30 días, por término medio, ¿qué numero de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba?. (Anotar el número medio)**

CIGARRILLOS:

NO HE FUMADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

PUROS:

NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN MI VIDA

PIPAS:

**T7. ¿Ha habido, alguna vez, un período en su vida en que Vd. haya fumado todos los días?**

SI, ALGUNA VEZ HE FUMADO TODOS LOS DÍAS

NO HE FUMADO EN NINGUNA OCASIÓN TODOS LOS DÍAS

NUNCA HE FUMADO

CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

**T8. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar todos los días?. Ponga sobre la línea los años que tenía.**

EDAD \_\_\_\_\_AÑOS

NUNCA HE FUMADO TODOS LOS DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE FUMADO	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

**T9. ¿Durante cuántos años ha fumado o fumó todos los días?, Ponga sobre la línea los años.**

\_\_\_\_\_AÑOS

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

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

---

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

## OTRAS SUSTANCIAS

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

**D.1. En lo que se refiere a otros tipos de sustancias, ¿puede decirme si en los ÚLTIMOS DOCE MESES ha consumido tranquilizantes, es decir, pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, sin receta médica?**

SI, HE TOMADO ALGÚN TRANQUILIZANTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>

**D.2. ¿A qué edad tomó por primera vez un tranquilizante sin receta médica?. Ponga los años que tenía sobre la línea?**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE TOMADO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

**D.3. ¿Puede decirme si en los ÚLTIMOS DOCE MESES ha consumido somníferos, es decir, pastillas para dormir, sin receta médica?**

SI, HE TOMADO ALGÚN SOMNÍFERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NO, NUNCA HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>

**D.4. ¿A qué edad tomó por primera vez un somnífero sin receta médica?. Ponga los años que tenía sobre la línea?**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE TOMADO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

**D.5. Aquí debajo se nombran varias sustancias, lea la lista y ponga una "X" en el recuadro que sigue a cada una de las sustancias que Vd. ha consumido ALGUNA VEZ en la vida. Si ha consumido anote en la línea la EDAD en que la consumió por PRIMERA VEZ. Si usted no ha consumido estas sustancias señale con una "X" la casilla correspondiente de la columna "NO, NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS"**

	SI	PONER LA EDAD EN QUE LA CONSUMIÓ POR PRIMERA VEZ	NO NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS
A. INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPERS, NITRITOS...)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
B. BASE, BASUCO O CRACK	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
C. COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D. ANFETAMINAS O ESPID	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
E. ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
F. HEROÍNA	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
G. OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

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



**CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE**

A CONTINUACIÓN APARECEN LAS MISMAS SUSTANCIAS QUE EN LA PREGUNTA ANTERIOR. PARA CADA SUSTANCIA MARQUE CON UNA "X", EN EL CUADRO SITUADO A LA DERECHA, EL NÚMERO DE DÍAS QUE VD. HA CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS. EN EL CASO DE NO HABER CONSUMIDO "NUNCA" O "HABER CONSUMIDO PERO NO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES", SEÑÁLELO EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE

**D6. Número de días que la consumió durante los últimos 12 meses.**

	INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPEPERS, NITRITOS)	BASE, BASUCO, O CRACK	COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	ANFETAMINAS O ESPID	ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	HEROÍNA	OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-6 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-11 DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-5 DÍAS AL AÑO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO LA HE CONSUMIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D7. Número de días a la semana que la consumió durante los últimos 30 días.**

	INHALABLES (PEGAMENTO, DISOLVENTES, POPEPERS, NITRITOS)	BASE, BASUCO, O CRACK	COCAÍNA EN POLVO (COCA, PERICO)	ANFETAMINAS O ESPID	ALUCINÓGENOS (LSD, ÁCIDOS, TRIPIS, MESCALINA Y OTROS)	HEROÍNA	OTROS OPIÁCEOS (DEPRANCOL, BUPREX, SOSEGÓN)
A DIARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-6 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 DÍAS AL MES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE CONSUMIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D8. ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez heroína o cocaína?**

SÍ
  NO

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

**D9. En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado Vd. alguna vez heroína o cocaína?**

SÍ
  NO

NO ME HE INYECTADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA ME HE INYECTADO ALGUNA DROGA COMO HEROÍNA O COCAÍNA

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

---

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DE DIVERSAS SUSTANCIAS. GRACIAS. SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.**

**CONTINÚE EL CUESTIONARIO**

CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

**PORRO, HACHIS, MARIHUANA**

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

**M1. ¿Ha fumado, aunque sólo fuera una vez en su vida un porro o hachís o marihuana?**

SI, HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA

NO, NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA

**M2. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó porro, hachís o marihuana? Si Vd. no está seguro de qué edad tenía, diga la edad aproximada sobre la línea.**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA

**M3. Desde que Vd. fumó porro, hachís o marihuana por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha fumado marihuana o hachís?. Si Vd. no está seguro de cuánto tiempo ha fumado marihuana o hachís, indique un período aproximado.**

MÁS DE 6 MESES

ENTRE 1 MES Y 6 MESES

MENOS DE 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, HACHÍS O MARIHUANA EN MI VIDA

**M4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó porro, hachís o marihuana?**

MENOS DE 30 DÍAS

MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO

MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 3 AÑOS

MÁS DE 3 AÑOS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO, MARIHUANA O HACHÍS EN MI VIDA

**M5. Piense en los últimos doce meses. ¿Cuántos días en los últimos doce meses fumó porro, hachís o marihuana?**

TODOS LOS DÍAS

UNA VEZ AL MES O MENOS

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

NO HE FUMADO MARIHUANA, PORRO O HACHÍS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE FUMADO MARIHUANA, PORRO O HACHÍS EN MI VIDA

2 Ó 4 DÍAS AL MES

**M6. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días fumó porro, hachís o marihuana?. Si no está seguro, trate de poner sobre la línea un número aproximado.**

\_\_\_\_\_DÍAS

NO HE FUMADO PORRO, MARIHUANA  
O HACHÍS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE FUMADO UN PORRO O  
HARIHUANA EN MI VIDA

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

---

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL PORRO HACHÍS O MARIHUANA. GRACIAS. SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.**

**CONTINÚE EL CUESTIONARIO**

**ÉXTASIS, PASTIS**

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

**E.1. ¿Ha probado, aunque sólo fuera una vez éxtasis, las pastis o pirulas?**

SI, LO HE PROBADO ALGUNA VEZ

NO LO HE PROBADO NUNCA EN MI VIDA

**E.2. ¿Qué edad tenía la primera vez que probó éxtasis? Si no está seguro de qué edad tenía, ponga una edad aproximada en la línea.**

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

**E.3. Desde que probó éxtasis por primera vez, en total, ¿durante cuánto tiempo ha tomado Vd. éxtasis? Si no está seguro de cuánto tiempo, indique un período aproximado.**

MÁS DE 6 MESES  MENOS DE 30 DÍAS

ENTRE 1 MES Y 6 MESES  NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS

**E.4. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que tomó éxtasis?**

MENOS DE 30 DÍAS

MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO

MÁS DE 1 AÑO PERO MENOS DE 3 AÑOS

MÁS DE 3 AÑOS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

**E.5. Piense en los últimos doce meses, ¿Cuántos días de los últimos doce meses tomó éxtasis?**

TODOS LOS DÍAS

5 Ó 6 DÍAS A LA SEMANA

UNA VEZ AL MES O MENOS

3 Ó 4 DÍAS A LA SEMANA

NO HE TOMADO ÉXTASIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

1 Ó 2 DÍAS A LA SEMANA

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

2 Ó 4 DÍAS AL MES

**E6. Piense específicamente en los últimos 30 días. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó éxtasis? Si no está seguro, trate de dar un número aproximado. Ponga sobre la línea el número de días.**

\_\_\_\_\_ DÍAS

NO HE TOMADO ÉXTASIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO ÉXTASIS EN MI VIDA

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

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ÉXTASIS, PASTIS. GRACIAS. SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR.**

**VD. HA TERMINADO EL CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE.  
INTRODUZCALO EN EL SOBRE Y ENTRÉGUELO AL ENTREVISTADOR.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**