



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

SECRETARÍA GENERAL  
DE POLÍTICA SOCIAL  
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

edadades

CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

Consumo

2009

Nº DE RUTA .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PROVINCIA .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

MUNICIPIO .....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nº DE HOGAR EN LA RUTA.....

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nº DE ENTEVISTADOR .....

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



SIGMADOS

## INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADO

En algunas preguntas se indaga el **número de días** que usted ha consumido una determinada sustancia. Para orientarse sobre como 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 de la tabla situada abajo. Puede que necesite hacer un pequeño esfuerzo de memoria y realizar un cálculo aproximado para seleccionar la categoría que le corresponde.

**Recuerde que 12 meses=52 semanas=365 días.**

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

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

Usted deberá marcar, tal como aparece en la tabla de más abajo, **LA CATEGORÍA “ENTRE 20-29 DÍAS”, si en los últimos 12 meses ha bebido, por ejemplo:**

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

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

**Pero deberá marcar LA CATEGORÍA “ENTRE 30-150 DÍAS” si, en los últimos 12 meses, por ejemplo:**

- Ha bebido todos los días durante un mes (**sin fallar un solo día**).
- Ha bebido 15 días seguidos y 2 días a la semana durante 2 meses (8 semanas)= $15+(2 \times 8)=31$  **días**.
- 1 día por semana durante 12 meses (52 semanas)= 1 día x 52 semanas= **52 días**.
- 3 días por semana durante 6 meses (26 semanas)= 3 días x 26 semanas= **78 días**.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Pero si ha bebido más de 150 días en los últimos 12 meses, entonces deberá marcar la CATEGORÍA “MÁS DE 150 DÍAS”.

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	MÁS DE 150 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

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

- En toda la vida
- Últimos 12 meses
- Últimos 30 días

Si se ha equivocado y quiere corregir una respuesta que ya ha marcado, rodee con un círculo completamente la respuesta incorrecta  y marque con una X la respuesta correcta.

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

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input checked="" type="checkbox"/>
ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>

Respuesta incorrecta  
 Respuesta correcta

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

## ALCOHOL

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

SE CONSIDERA BEBIDA ALCOHÓLICA, CUALQUIER TIPO DE SUSTANCIA QUE CONTENGA ALCOHOL, ENTRE LAS QUE SE INCLUYE VINO, CERVEZA, SIDRA, CHAMPÁN, APERITIVOS/VERMÚ, LICORES, BEBIDAS DESTILADAS, COMBINADOS, ETC.

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

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 linea 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"/>
---------------------------------------	--------------------------

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

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

ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	30 DÍAS O MÁS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NO HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	NUNCA HE TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>		

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

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

A6. Durante los últimos 30 días, en los días que Vd. tomó alcohol, ¿cuántas bebidas se tomaba de costumbre? Cuente como una bebida una lata o una botella de cerveza, o un vaso de vino, champaña, o jerez, una copa de licor o un combinado. Ponga sobre la linea el número de bebidas.

ANOTE EL N° BEBIDAS \_\_\_\_\_

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

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

## CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

- A7. Durante los últimos 30 días, ¿cuantos días ha tomado en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas (si usted es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si usted es mujer)? Se entiende por "ocasión" cuando se toman varias bebidas seguidas o en un plazo de un par de horas. No excluya las bebidas tomadas durante las comidas. Ponga sobre la línea el número de días.

### A7.1. HOMBRE:

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

NO HE TOMADO 5 Ó MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN  
DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

### A7.2. MUJER:

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

NO HE TOMADO 4 Ó MÁS BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA MISMA OCASIÓN  
DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

NUNCA HE TOMADO UNA BEBIDA ALCOHÓLICA

## LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN SÓLAMENTE A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

- A8. ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?

DÍAS LABORABLES (LUNES A JUEVES)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMÚ	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES
-------------------------------------	------------------	-------------------	----------------------	------------------------	----------------------	--------------------

TODOS LOS DÍAS LABORABLES	<input type="checkbox"/>					
3 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
2 DÍAS LABORABLES POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
1 DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					
MENOS DE UN DÍA LABORABLE POR SEMANA	<input type="checkbox"/>					

NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE BEBIDAS EN DÍA LABORABLE EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

FINES DE SEMANA (V. S. D.)	VINO/ CHAMPÁN	CERVEZA/ SIDRA	APERITIVOS/ VERMÚ	COMBINADOS/ CUBATAS	LICORES DE FRUTAS	LICORES FUERTES
-------------------------------	------------------	-------------------	----------------------	------------------------	----------------------	--------------------

TODOS LOS FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2 FINES DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1 FIN DE SEMANA	<input type="checkbox"/>					
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

NO HE CONSUMIDO ESTE TIPO DE BEBIDAS EN FIN DE SEMANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

NO HE CONSUMIDO NUNCA ESTE TIPO DE BEBIDAS	<input type="checkbox"/>					
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

**A9. Los días que ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, que cantidad ha consumido:**

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

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

**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	_____

**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	_____

**Si usted ha consumido alcohol alguna vez en su vida por favor conteste a las siguientes preguntas.**  
MUCHAS GRACIAS.

**AU1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?**

NUNCA	<input type="checkbox"/>	2 Ó 3 VECES A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
UNA O MENOS VECES AL MES	<input type="checkbox"/>	4 O MÁS VECES A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
2 A 4 VECES AL MES	<input type="checkbox"/>		

**AU2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?**

1 Ó 2	<input type="checkbox"/>	7 A 9	<input type="checkbox"/>
3 Ó 4	<input type="checkbox"/>	10 Ó MÁS	<input type="checkbox"/>
5 Ó 6	<input type="checkbox"/>		

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

## CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

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

NUNCA	<input type="checkbox"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

**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"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

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

NUNCA	<input type="checkbox"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

**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"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

**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"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

**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"/>	SEMANALMENTE	<input type="checkbox"/>
MENOS DE UNA VEZ/MES	<input type="checkbox"/>	A DIARIO O CASI A DIARIO	<input type="checkbox"/>
MENSUALMENTE	<input type="checkbox"/>		

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

NO	<input type="checkbox"/>	SÍ, PERO NO EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>	SÍ, EN EL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--	--------------------------	----------------------	--------------------------

**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"/>	SÍ, PERO NO EN EL CURSO DEL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>	SÍ, EN EL ÚLTIMO AÑO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	--	--------------------------	----------------------	--------------------------

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

VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS ACERCA DEL ALCOHOL. GRACIAS. POR FAVOR  
AHORA CONTINUE LEYENDO Y RESPONDRIENDO POR VD. MISMO LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN Y  
SI TIENE ALGUNA DUDA PUEDE CONSULTARME EN CUALQUIER MOMENTO

## T A B A C O

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, 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"/>
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>

**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"/>
---	--------------------------

**T3. ¿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"/>
MÁS DE 1 MES PERO MENOS DE UN AÑO	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 12 MESES	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>

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

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

**T5. Durante los últimos 30 días, por término medio, ¿qué número de cigarrillos, puros o pipas solía fumar cada día que fumaba?. Anote el número medio o marque con una "X" el recuadro correspondiente.**

CIGARRILLOS, ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_ PUROS, ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_ PIPAS, ANOTE EL N°: \_\_\_\_\_

NO HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE FUMADO UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO	<input type="checkbox"/>

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

**CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE**

---

**T6. ¿Ha habido alguna vez un período en su vida, en que Vd. haya fumado tabaco todos los días?**

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

---

**T7. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar tabaco todos los días? Ponga sobre la línea los años que tenía o marque el recuadro correspondiente.**

ANOTE LA EDAD EN QUE COMENZÓ A FUMAR TABACO TODOS LOS DÍAS: \_\_\_\_\_ AÑOS

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

---

**T8. ¿Durante cuántos años fumó todos los días? Ponga sobre la línea los años o marque el recuadro correspondiente.**

ANOTE EL Nº DE AÑOS: \_\_\_\_\_ AÑOS

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

---

**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  
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO

## OTRAS SUSTANCIAS

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

- **CANNABIS O MARIHUANA** [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]
- **COCAÍNA EN FORMA DE BASE** [base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]
- **COCAÍNA EN POLVO** [Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]
- **GHB O ÉXTASIS LÍQUIDO** [Gammahidroxibutirato, X-liquido, gamma-OH]
- **ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO**
- **SPEED O ANFETAMINAS** [metanfetamina, anfetas, ice, cristal]
- **ALUCINÓGENOS** [LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene]
- **HEROÍNA** [Caballo, jaco]
- **INHALABLES VOLÁTILES** [Cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina]

## CANNABIS - MARIHUANA

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

Marque con una "X" la casilla (□) correspondiente a su respuesta

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

**M1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida CANNABIS O MARIHUANA [hachís, aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba]?**

SÍ, HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

**M2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió CANNABIS O MARIHUANA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.**

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

**M3. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS O MARIHUANA en los últimos 12 meses?**

ENTRE 1-3 DÍAS  ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS  MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS  NO HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS  NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

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

ENTRE 1-3 DÍAS  30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS  NO HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS  NUNCA HE CONSUMIDO CANNABIS O MARIHUANA

ENTRE 20-29 DÍAS

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

**BASE ó COCAÍNA EN FORMA DE BASE**

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

Marque con una "X" la casilla (□) correspondiente a su respuesta

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

- B1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida COCAÍNA EN FORMA DE BASE**  
[base, cocaína cocinada, basuco, boliches, crack, roca]?

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

- B2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió COCAÍNA EN FORMA DE BASE? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.**

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

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

ENTRE 1-3 DÍAS

ENTRE 30-150 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

MÁS DE 150 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE EN  
LOS ÚLTIMOS 12 MESES

ENTRE 20-29 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

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

ENTRE 1-3 DÍAS

30 DÍAS

ENTRE 4-9 DÍAS

NO HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE EN  
LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

ENTRE 10-19 DÍAS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN FORMA DE BASE

ENTRE 20-29 DÍAS

**COCAÍNA EN POLVO**

[Cocaína, perico, farlopa, clorhidrato de cocaína]

Marque con una "X" la casilla (□) correspondiente a su respuesta

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

- Co1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida COCAÍNA EN POLVO, también llamada perico, farlopa, o clorhidrato de cocaína?**

SÍ, HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

- Co2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió COCAÍNA EN POLVO? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.**

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO COCAÍNA EN POLVO

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

**Co3. ¿Cuántos días ha consumido COCAÍNA EN POLVO en los últimos 12 meses?**

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

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

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

**ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO**

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

**E1. ¿Ha consumido, aunque sólo fuera una vez en su vida ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO?**

SÍ, HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>

**E2. ¿Qué edad tenía la primera vez que consumió ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.**

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

**E3. ¿Cuántos días ha consumido ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO en los últimos 12 meses?**

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

**E4. ¿Cuántos días ha consumido ÉXTASIS O DROGAS DE DISEÑO en los últimos 30 días? ?**

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

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

## D R O G A S I N Y E C T A D A S

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

Iny1. ¿Se ha inyectado Vd. alguna vez en la vida HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES?

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

Iny2. ¿En los últimos 12 meses, se ha inyectado Vd. alguna vez HEROÍNA, COCAÍNA U OTRAS DROGAS ILEGALES?

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

## R E S T O D E S U S T A N C I A S

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

D1. 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 CONSUMIO POR PRIMERA VEZ	NO, NUNCA HE CONSUMIDO ESTAS SUSTANCIAS
A. INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
B. SPEED O ANFETAMINAS (anfetas, metanfetamina, ice, cristal)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
C. ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas, ketamina, special-K, ketolar, imalgene)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
D. HEROÍNA (caballo, jaco)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
E. TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
F. SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

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

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”, SEÑALELÓ EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE

**D2. Número de días que las consumió durante los últimos 12 meses.**

	INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	SPEED O ANFETAMINAS (anfetas, metanfetamina ice, cristal)	ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas ketamina, special-K ketolar, imalgene)	HERINA (caballo, jaco)	TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para nervios o ansiedad)	SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)
ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 30-150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MÁS DE 150 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO 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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D3. Número de días que la consumió durante los últimos 30 días**

	INHALABLES VOLÁTILES (cola, pegamento, disolvente, poppers, nitritos, gasolina)	SPEED O ANFETAMINAS (anfetas, metanfetamina ice, cristal)	ALUCINÓGENOS (LSD, ácido, tripi, setas mágicas ketamina, special-K ketolar, imalgene)	HERINA (caballo, jaco)	TRANQUILIZANTES O SEDANTES (pastillas para nervios o ansiedad)	SOMNÍFEROS (pastillas para dormir)
ENTRE 1-3 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 4-9 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 10-19 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENTRE 20-29 DÍAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 DÍAS	<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"/>
NUNCA HE CONSUMIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**VD. HA TERMINADO LAS PREGUNTAS SOBRE EL RESTO DE SUSTANCIAS. GRACIAS.**

**SI TIENE ALGUNA DUDA SOBRE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DÍGASELO AL ENTREVISTADOR  
POR FAVOR, CONTINÚE EL CUESTIONARIO**

## TRANQUILIZANTES, SEDANTES O SOMNÍFEROS SIN RECETA

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

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

Recuerde que **sólo ha de marcar una casilla** en cada pregunta

**Trsr1. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido TRANQUILIZANTES O SEDANTES, es decir, PASTILLAS PARA CALMAR LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD, SIN RECETA MÉDICA?**

SÍ, HE CONSUMIDO ALGÚN TRANQUILIZANTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA

NO HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA HE CONSUMIDO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA

**Trsr2. ¿A qué edad tomó por primera vez UN TRANQUILIZANTE SIN RECETA MÉDICA? 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 SIN RECETA MÉDICA

**Trsr3. ¿Puede decirme si en los últimos 12 meses ha consumido SOMNÍFEROS, es decir, PASTILLAS PARA DORMIR, SIN RECETA MÉDICA?**

SÍ, HE CONSUMIDO ALGÚN SOMNÍFERO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SIN RECETA MÉDICA

NO HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA

**Trsr4. ¿A qué edad tomó por primera vez un SOMNÍFERO SIN RECETA MÉDICA? Si no está seguro, anote la edad aproximada. Escriba con números claros sobre la línea o marque el recuadro.**

ANOTE LA EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS

NUNCA HE CONSUMIDO SOMNÍFEROS SIN RECETA MÉDICA

## S A L U D

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

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

ANOTE N° DE VECES: \_\_\_\_\_

NO HE SIDO ATENDIDO POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

**S4. ¿Por CUÁLES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA ha sido atendido en los últimos 12 meses?**

	SI	NO
SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS (centro, mutua, sanatorio, clínica, médico, hospital privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBULANCIA (Samur, 061, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GRATUITO (hospital de la Seguridad Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URGENCIAS NO HOSPITALARIAS GRATUITAS (Centro de salud, consultorio, ambulatorio, casa socorro, médico de la Seguridad Social, servicio autonómico de salud, ayuntamiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO HE SIDO ATENDIDO POR UN SERVICIO MÉDICO DE URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	<input type="checkbox"/>	

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

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

Ahora le voy a preguntar sobre TRATAMIENTOS PARA DEJAR EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL O DROGAS.

**S6. ¿ALGUNA VEZ EN LA VIDA ha INICIADO un TRATAMIENTO AMBULATORIO para dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o alguna otra DROGA (también llamados tratamientos de deshabituación) o un tratamiento de mantenimiento con metadona? [No considere los tratamientos realizados estando ingresado todo el tiempo en una comunidad terapéutica, en un hospital o una clínica. Tampoco considere los intentos de reducir o abandonar el consumo por su cuenta sin ayuda profesional]**

SÍ, ALGUNA VEZ HE INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE INICIADO UN TRATAMIENTO AMBULATORIO DE ESE TIPO	<input type="checkbox"/>

**S7. ¿Y en los ÚLTIMOS 12 MESES, ha INICIADO algún tratamiento de ese tipo? [Marque NO si el tratamiento lo inició hace más de 12 meses]**

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

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

## CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE

---

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

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

---

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

- S9. Señale si alguna vez en la vida el consumo de alcohol, medicamentos u otras drogas le han producido a Vd. alguno de los siguientes problemas. (RESPUESTA MÚLTIPLE).**

ACCIDENTES LABORALES	<input type="checkbox"/>
ACCIDENTES DE TRÁFICO	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA O PSÍQUICA	<input type="checkbox"/>
CONFLICTOS FAMILIARES	<input type="checkbox"/>
DISPUTAS O CONFLICTOS CON AMIGOS, COMPAÑEROS O VECINOS	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS DEMÁS	<input type="checkbox"/>
FALTAR ALGÚN DÍA AL TRABAJO	<input type="checkbox"/>
DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO LABORAL	<input type="checkbox"/>
DESPIDOS	<input type="checkbox"/>
OTRAS SANCIONES EN LA EMPRESA	<input type="checkbox"/>
DIFICULTADES ECONÓMICAS	<input type="checkbox"/>
CONFLICTOS CON LA POLICÍA O LA LEY	<input type="checkbox"/>
OTROS PROBLEMAS	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE TENIDO PROBLEMAS DE ESTE TIPO	<input type="checkbox"/>
NUNCA HE CONSUMIDO ALCOHOL U OTRAS DROGAS	<input type="checkbox"/>

---

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

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

**ENTREVISTADOR: PASAR A BLOQUE DE PREGUNTAS DE “RIESGO Y OTRAS CUESTIONES”,  
EN EL CUADERNILLO DEL ENTREVISTADOR**



SECRETARÍA GENERAL  
DE POLÍTICA SOCIAL  
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO  
PARA EL PLAN NACIONAL  
SOBRE DROGAS

**SIGMADOS**