

Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas

CARÁCTER EstrictAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

BLOQUE DEL HOGAR

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Último dígito del N° en el listado:

Código de aglomerado	Código de localidad	Código de área	N° en el listado	Vivienda N°	Hogar N°	Cantidad de hogares en la vivienda	Persona entrevistada

Provincia:.....

Entrevista realizada

Localidad:..... 1 2
Sí No

2. UBICACIÓN (UB)

N° en el listado	Manzana	Lado	Calle	Número	Piso	Departamento	Habitación	Tipo de vivienda	Descripción

Encuestador: (_ _) Supervisor (_ _)

3. CANTIDAD DE VISITAS AL HOGAR (VH)

Teléfono del hogar:

Visita N°	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

4. MOTIVO DE NO ENTREVISTA (MNE)

Deshabitada <input type="checkbox"/> 1	Venta o alquiler <input type="checkbox"/> 1	Sucesión o remate <input type="checkbox"/> 2	Deshabitada en la semana de referencia <input type="checkbox"/> 3	Sin causa conocida <input type="checkbox"/> 4
Demolida <input type="checkbox"/> 2	Fue demolida <input type="checkbox"/> 1	En demolición <input type="checkbox"/> 2	Levantada <input type="checkbox"/> 3	Trasladada <input type="checkbox"/> 4
Viven en otra vivienda la mayor parte...				
Fin de semana <input type="checkbox"/> 3	...de la semana <input type="checkbox"/> 1	...del mes <input type="checkbox"/> 2	...del año <input type="checkbox"/> 3	
Construcción <input type="checkbox"/> 4	Se está construyendo <input type="checkbox"/> 1	Construcción paralizada <input type="checkbox"/> 2	Refacción <input type="checkbox"/> 3	
Vivienda usada como establecimiento <input type="checkbox"/> 5	Conserva comodidad de vivienda <input type="checkbox"/> 1			
Variaciones en el listado <input type="checkbox"/> 6	No existe lugar físico <input type="checkbox"/> 1	No es vivienda <input type="checkbox"/> 2		
Ausencia <input type="checkbox"/> 7	No se pudo contactar en tres visitas <input type="checkbox"/> 1	Por causas circunstanciales <input type="checkbox"/> 2	Viaje <input type="checkbox"/> 3	Vacaciones <input type="checkbox"/> 4
Rechazo <input type="checkbox"/> 8	Negativa rotunda <input type="checkbox"/> 1	Rechazo por portero eléctrico <input type="checkbox"/> 2	Se acordaron entrevistas que no se concretaron <input type="checkbox"/> 3	
Otras causas <input type="checkbox"/> 9	Duelo <input type="checkbox"/> 1	Alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero <input type="checkbox"/> 2	Problema de seguridad <input type="checkbox"/> 3	Inaccesible (problemas climáticos u otros) <input type="checkbox"/> 4

INFORMANTE/OBSERVACIONES

.....

.....

Ingreso Realizado

(Cómputos)

7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda *(se completa por observación)*

Casa 1
 Casilla 2
 Departamento 3
 Pieza de inquilinato 4
 Pieza en hotel o pensión 5
 Local no construido para habitación 6
 Otros *(especificar)* 7

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene la vivienda en total? *(Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garage)*

3 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo? *(Excluyendo baño, cocina, pasillos, lavadero, garage)*

4 De éstos, ¿cuántos usan habitualmente para dormir?

5 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra 1
 Cemento o ladrillo fijo 2
 Tierra o ladrillo suelto 3
 Otros *(especificar)* 4

6 ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?

Cubierta asfáltica o membrana 1
 Baldosa o losa (sin cubierta) 2
 Pizarra o teja 3
 Chapa de metal (sin cubierta) 4
 Chapa de fibrocemento o plástico 5
 Chapa o cartón 6
 Caña, tabla o paja con barro, paja sola 7
 N/S Depto. en propiedad horizontal 8
 Otros *(especificar)* 9

7 En el techo, ¿tiene cielorraso/revestimiento interior?

Sí 1 No 2 Ns/nc 9

8 ¿Para cocinar, utiliza principalmente ...

... gas de red? 1
 ... gas de tubo/garrafa? 2
 ... kerosene/leña/carbón? 3
 ... otro? *(especificar)* 4

9 ¿Tiene agua...

... por cañería dentro de la vivienda? 1
 ... fuera de la vivienda pero dentro del terreno? 2
 ... fuera del terreno? 3

10 ¿Obtiene el agua a través de ...

... red pública (agua corriente)? 1
 ... perforación con bomba a motor? 2
 ... perforación con bomba manual? 3
 ... aljibe o pozo? 4
 ... otras fuentes *(especificar)* 5

11 ¿Tiene baño/letrina?

Sí 1 No 2 → **pase a Ingresos**

12 ¿El baño tiene ...

... inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua? 1
 ... inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? *(a balde)* 2
 ... letrina? *(sin arrastre de agua)* 3

13 ¿El desagüe del inodoro va...

... a red pública (cloaca)? 1
 ... a cámara séptica y pozo ciego? 2
 ... sólo a pozo ciego? 3
 ... a hoyo, excavación en tierra? 4

14 El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?

Sí 1 No 2

8. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguro de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1.1 Monto

1.2 Sin ingresos 2 Ns/nc 9 →

pase a Situación Laboral

2 TARJETA 1 ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?

(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguro de empleos, becas, cuotas de alimentos, etc)

1 a 200 <input type="checkbox"/> 1	1.501 a 1.750 <input type="checkbox"/> 10
201 a 400 <input type="checkbox"/> 2	1.751 a 2.000 <input type="checkbox"/> 11
401 a 600 <input type="checkbox"/> 3	2.001 a 3.000 <input type="checkbox"/> 12
601 a 700 <input type="checkbox"/> 4	3.001 a 4.000 <input type="checkbox"/> 13
701 a 800 <input type="checkbox"/> 5	4.001 a 5.000 <input type="checkbox"/> 14
801 a 900 <input type="checkbox"/> 6	5.001 a 7.500 <input type="checkbox"/> 15
901 a 1.000 <input type="checkbox"/> 7	7.501 a 10.000 <input type="checkbox"/> 16
1.001 a 1.250 <input type="checkbox"/> 8	10.001 y más <input type="checkbox"/> 17
1.251 a 1.500 <input type="checkbox"/> 9	Ns/nc <input type="checkbox"/> 99

ATENCIÓN

Si el N° de componente seleccionado de 16 a 65 años...

... es igual a 1 *Pase a Bloque Individual*

... es igual o mayor a 2

9. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/A DEL HOGAR (SL)

1 En la semana pasada, ¿_____ trabajó por lo menos una hora? *(sin contar las tareas de su hogar)*

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

2 En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

3 ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 → *Pase a Bloque Individual*
... no tenía/no conseguía trabajo? 2 } *pase a preg. 5*
... no tuvo pedidos/clientes? 3 }
... tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 4 →

4 ¿No concurrió por...

... vacaciones, licencia? *(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)* 1 } *pase a preg. 8*
... causas personales? *(viajes, trámites, etc.)* 2 }
... huelga/conflicto laboral? 3 }
... suspensión con pago? 4 } *pase a preg. 5*
... suspensión sin pago? 5 →
... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 → *pase a preg. 8*
... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 → *pase a preg. 5*

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Sí 1 *Pase a Bloque Individual* No 2

6 Durante esos 30 días, ¿consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí 1 *Pase a Bloque Individual* No 2

7 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

... está suspendido? 1 } *Pase a Bloque Individual*
... ya tiene trabajo asegurado? 2 }
... se cansó de buscar trabajo? 3 }
... hay poco trabajo en esta época del año? 4 }
... por otras razones? *(especificar)*
.....
..... 5 }

8 En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas), ¿_____ trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad? 1
... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución? *(incluye agencia de empleo)* 2 } *a preg. 10*
... como servicio doméstico? 3 }
... como trabajador familiar sin pago? 4 → *a preg. 11*

9 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Sí 1 No 2

10 ¿Por ese trabajo tiene descuento jubilatorio?

Sí 1 No 2

11 ¿Esa ocupación es...

... permanente? 1
... un trabajo temporario? *(por un plazo fijo o por tarea u obra)* 2
... una changa? 3
... de duración desconocida? *(inestable)* 4

12 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones?

Menos de 35 horas semanales 1 } *Pase a Bloque Individual*
Entre 35 y 45 horas semanales 2 }
Más de 45 horas semanales 3 }
Ns/nc 9

13 ¿Desearía trabajar más horas?

Sí 1 No 2

BLOQUE INDIVIDUAL (16 a 65 años)

CARACTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Persona seleccionada

Encuestador: (_ _)

Supervisor: (_ _)

2. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (VP)

Visita N°	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

Entrevista realizada Sí 1 No 2

3. MOTIVO DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (NR)

Ausencia momentánea 7
Rechazo 8
Otras causas 9 (*especificar*)

4. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 En la semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora? *(sin contar las tareas de su hogar)*

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

2 En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

3 ¿La semana pasada...

- ... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 → *Pase a Salud General*
- ... no tenía/no conseguía trabajo? 2 } *pase a preg. 5*
- ... no tuvo pedidos/clientes? 3 }
- ... tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 4 ↓

4 ¿No concurrió por...

- ... vacaciones, licencia? *(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)* 1 } *pase a preg. 8*
- ... causas personales? *(viajes, trámites, etc.)* 2 }
- ... huelga/conflicto laboral? 3 }
- ... suspensión con pago? 4 } *pase a preg. 5*
- ... suspensión sin pago? 5 →
- ... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 → *pase a preg. 8*
- ... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 → *pase a preg. 5*

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Sí 1 *Pase a Salud General* No 2

6 Durante esos 30 días, ¿consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí 1 *Pase a Salud General* No 2

7 Durante esos 30 días, ¿no buscó trabajo porque...

- ... está suspendido? 1 } *Pase a Salud General*
- ... ya tiene trabajo asegurado? 2 }
- ... se cansó de buscar trabajo? 3 }
- ... hay poco trabajo en esta época del año? 4 }
- ... por otras razones? *(especificar)* 5 }
-
-
-

8 En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas), ¿trabaja ...

- ... para su propio negocio/empresa/actividad? 1
- ... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución? *(incluye agencia de empleo)* 2 } *a preg. 10*
- ... como servicio doméstico? 3 }
- ... como trabajador familiar sin pago? 4 → *a preg. 11*

9 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Sí 1 No 2

10 ¿Por ese trabajo tiene descuento jubilatorio?

Sí 1 No 2

11 ¿Esa ocupación es...

- ... permanente? 1
- ... un trabajo temporario? *(por un plazo fijo o por tarea u obra)* 2
- ... una changa? 3
- ... de duración desconocida? *(inestable)* 4

12 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones?

- Menos de 35 horas semanales 1
- Entre 35 y 45 horas semanales 2 } *Pase a Salud General*
- Más de 45 horas semanales 3 }
- Ns/nc 9

13 ¿Desearía trabajar más horas?

Sí 1 No 2

5. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, ¿usted diría que su salud es...

- ... excelente? 1
 ... muy buena? 2
 ... buena? 3
 ... regular? 4
 ... mala? 5

2 Durante los últimos 12 meses, ¿ha sufrido algún accidente que le haya impedido realizar sus actividades habituales por uno o más días?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

3 Durante los últimos 12 meses, ¿ha sufrido alguna enfermedad por la que haya debido guardar cama o reposo bajo consejo médico?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

4 Y durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado a algún profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

6. TABACO (TA)

1 Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de tabaco. ¿Ha fumado usted cigarrillos alguna vez en la vida?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9
- pase a preg. 9*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que fumó un cigarrillo?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarrillo?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9
- pase a preg. 7*

5 ¿Cuántos días fumó cigarrillos en los últimos 30 días?

Días Ns/nc 99

6 Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Cigarrillos Ns/nc 99

7 En toda su vida, ¿ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9
- pase a preg. 9*

8 En toda su vida, ¿por cuántos años ha fumado a diario?

Años Ns/nc 99

9 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que fuma cigarrillos...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9.1... de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

7. BEBIDAS ALCOHÓLICAS (BA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o similares, alguna vez en la vida?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9
- } *pase a preg. 14*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que consumió alguna de estas bebidas alcohólicas?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando tomó por primera vez alguna de estas bebidas alcohólicas?

Edad Ns/nc 99

4 ¿Cuándo fue la última vez que tomó alguna de estas bebidas alcohólicas?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2 → *pase a preg. 10*
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9
- } *pase a preg. 14*

5 ¿Se ha emborrachado alguna vez en los últimos 30 días?

- Sí 1
 No 2 → *pase a preg. 7*

6 ¿Cuántas veces aproximadamente?

Veces Ns/nc 99

7 En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó...

- | | Días por mes | Ns/nc |
|---------------------------------|---|-----------------------------|
| 7.1 ... cerveza? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 99 |
| 7.2 ... vino? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 99 |
| 7.3 ... bebidas fuertes? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 99 |

8 Entre semana (de lunes a jueves), ¿aproximadamente qué cantidad de bebida alcohólica consume en un día...

Para el encuestador: la tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado tomó o tomaba en un sólo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida

8.1 ... de cerveza?

No toma 88

1 latita = 1 trago
 3/4 litro = 2,3 tragos
 1 litro = 3 tragos

Cantidad de tragos ,

8.2 ... de vino?

No toma 88

1 copa = 1 trago
 1/2 litro = 3 tragos
 3/4 litro = 4,5 tragos
 1 litro = 6 tragos

Cantidad de tragos ,

8.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)

No toma 88

1 medida = 1 trago
 1/4 litro = 6 tragos
 1/2 litro = 12 tragos
 1 litro = 24 tragos

Cantidad de tragos ,

8.4 ¿Toma otras bebidas alcohólicas?

Sí 1 No

¿Cuáles?

.....

9 En el fin de semana (viernes, sábado y domingo), ¿aproximadamente qué cantidad de bebida alcohólica consume en un día...

9.1 ... de cerveza?

No toma 88

1 latita = 1 trago
 3/4 litro = 2,3 tragos
 1 litro = 3 tragos

Cantidad de tragos ,

9.2 ... de vino?

No toma 88

1 copa = 1 trago
 1/2 litro = 3 tragos
 3/4 litro = 4,5 tragos
 1 litro = 6 tragos

Cantidad de tragos ,

9.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)

No toma 88

1 medida = 1 trago
 1/4 litro = 6 tragos
 1/2 litro = 12 tragos
 1 litro = 24 tragos

Cantidad de tragos ,

9.4 ¿Toma otras bebidas alcohólicas?

Sí 1 No

¿Cuáles?

.....

A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre sus actividades habituales durante los últimos 12 meses...

10 ¿Cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales (trabajo, estudio, etc.)?

Días Ns/nc 999 Ningún día 0 → *pase a preg.12*

11 En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso de alcohol?

Días Ns/nc 999

12 ¿Ha tenido algún accidente laboral que pudo estar relacionado con el uso de alcohol?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

13 ¿Ha tenido algún accidente de tránsito que pudo estar relacionado con el uso de alcohol?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

14 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que toma bebidas alcohólicas...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 14.1... de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 14.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

FACSIMILAR

8. ACCESO (AC)

1 ¿Conoce personas cercanas a usted que en la actualidad consuman alguna sustancia, como marihuana, cocaína, éxtasis, etc.?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 3*

2 ¿Cuántas personas conoce aproximadamente?

- Una 1
 Dos o más 2
 Ns/nc 9

3 ¿Alguna vez sintió curiosidad por probar alguna de estas drogas?

- Sí 1
 No 2
 Puede ser 3
 Ns/nc 9

4 ¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar alguna de estas drogas?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 6*

5 ¿Cuántas veces aproximadamente?

- Una 1
 Dos o más 2
 Ns/nc 9

6 Si tuviera la ocasión, ¿probaría alguna?

- Sí 1
 No 2
 Puede ser 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir...

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	Ns/nc
7.1 ... tranquilizantes sin indicación médica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.2 ... estimulantes sin indicación médica?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.3 ... marihuana?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.4 ... cocaína?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.5 ... pasta base?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
7.6 ... éxtasis?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

9. TRANQUILIZANTES (TR)

1 ¿Alguna vez tomó algún tranquilizante o sedante para calmar los nervios o para poder dormir, como Valium, Lexotani, Alplax, o similares?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 9*

2 ¿Los tranquilizantes los tomó...

- ... con indicación médica? 1
 ... por su cuenta? 2
 ... primero con indicación médica y luego en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le habían indicado? 3
 Ns/nc 9 → *pase a preg. 9*

3 ¿Quién se los recetó?

- Médico clínico 1
 Psiquiatra 2
 Otros especialistas 3
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 9*

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó tranquilizantes sin indicación médica?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que tomó tranquilizantes sin indicación médica?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 9*

7 ¿Cómo obtuvo los tranquilizantes que consumió en los últimos 30 días?

- De un médico 1
 De un familiar 2
 De un amigo 3
 De un farmacéutico 4
 Otro 5
 Ns/nc 9

8 ¿Con qué frecuencia consumió tranquilizantes sin indicación médica en los últimos 30 días?

(complete sólo una opción)

8.1 Días por semana

8.2 Días por mes Ns/nc 99

9 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume tranquilizantes sin indicación médica...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9.1... de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

10. ESTIMULANTES (ES)

1 ¿Alguna vez tomó algún estimulante, como por ejemplo Anfetaminas, Tamlán, Rubifén o Ritalina?

- Sí 1
 No 2 } *pase a preg. 9*
 Ns/nc 9

2 ¿Los estimulantes los tomó...

- ... con indicación médica? 1
 ... por su cuenta? 2 } *pase a preg. 4*
 ... primero con indicación médica y luego en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le habían indicado? 3 }
 Ns/nc 9 → *pase a preg. 9*

3 ¿Quién se los recetó?

- Médico clínico 1 } *pase a preg. 9*
 Psiquiatra 2 }
 Otros especialistas 3 }
 Ns/nc 9

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó estimulantes sin indicación médica?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que tomó estimulantes sin indicación médica?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2 } *pase a preg. 9*
 Hace más de un año 3 }
 Ns/nc 9

7 ¿Cómo obtuvo los estimulantes que consumió en los últimos 30 días?

- De un médico 1
 De un familiar 2
 De un amigo 3
 De un farmacéutico 4
 Otro 5
 Ns/nc 9

8 ¿Con qué frecuencia consumió estimulantes sin indicación médica en los últimos 30 días?

(complete sólo una opción)

8.1 Días por semana

8.2 Días por mes Ns/nc 99

9 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume estimulantes sin indicación médica...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 9.1... de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 9.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

11. MARIHUANA (MA)

1 ¿Alguna vez probó marihuana?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 En el período en que usted consumía marihuana con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

- Casi todos los días 1
 3 o 4 días a la semana 2
 1 o 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Una sola vez 6
 Ns/nc 9

5 ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

PARA CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS, PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

6 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

7 ¿Ha consumido marihuana a pesar de que no tenía intención de hacerlo?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

8 ¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que usted pensó?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

9 ¿Alguna vez usó marihuana para eliminar problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) o para evitar que se presentaran?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

10 ¿Y ha presentado problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) cuando suspendía o disminuía el consumo de marihuana?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

11 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con marihuana, ha consumido mayor cantidad que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

12 ¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efectos en usted que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

13 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de marihuana?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

14 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de marihuana?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

15 ¿El uso de marihuana le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

16 ¿Continuó consumiendo marihuana aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

17 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume marihuana...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 17.1...de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 17.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

12. COCAÍNA (CO)

1 ¿Alguna vez probó cocaína?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a
preg. 17*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 En el período en que usted consumía cocaína con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

- Casi todos los días 1
 3 o 4 días a la semana 2
 1 o 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Una sola vez 6
 Ns/nc 9

5 ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9 } *pase a
preg. 17*

PARA CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS, PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

6 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar cocaína que no pudo resistir o pensar en nada más?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

7 ¿Ha consumido cocaína a pesar de que no tenía intención de hacerlo?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

8 ¿Ha terminado consumiendo cocaína en mayores cantidades de lo que usted pensó?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

9 ¿Alguna vez usó cocaína para eliminar problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) o para evitar que se presentaran?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

10 ¿Y ha presentado problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) cuando suspendía o disminuía el consumo de cocaína?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

11 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con cocaína, ha consumido mayor cantidad que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

12 ¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efectos en usted que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

13 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de cocaína?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

14 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de cocaína?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

15 ¿El uso de cocaína le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a
preg. 17*

16 ¿Continuó consumiendo cocaína aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

17 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume cocaína...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 17.1...de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 17.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

13. PASTA BASE (PB)

1 ¿Alguna vez probó pasta base?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 En el período en que usted consumía pasta base con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

- Casi todos los días 1
 3 o 4 días a la semana 2
 1 o 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Una sola vez 6
 Ns/nc 9

5 ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

PARA CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS, PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

6 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar pasta base que no pudo resistir o pensar en nada más?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

7 ¿Ha consumido pasta base a pesar de que no tenía intención de hacerlo?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

8 ¿Ha terminado consumiendo pasta base en mayores cantidades de lo que usted pensó?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

9 ¿Alguna vez usó pasta base para eliminar problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) o para evitar que se presentaran?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

10 ¿Y ha presentado problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) cuando suspendía o disminuía el consumo de pasta base?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

11 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con pasta base, ha consumido mayor cantidad que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

12 ¿Ha notado que la misma cantidad de pasta base tiene menos efectos en usted que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

13 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de pasta base?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

14 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de pasta base?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

15 ¿El uso de pasta base le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

16 ¿Continuó consumiendo pasta base aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

17 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume pasta base...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 17.1...de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 17.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

14. ÉXTASIS (EX)

1 ¿Alguna vez probó éxtasis?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que probó esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 En el período en que usted consumía éxtasis con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

- Casi todos los días 1
 3 o 4 días a la semana 2
 1 o 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Una sola vez 6
 Ns/nc 9

5 ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

PARA CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS, PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

6 ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar éxtasis que no pudo resistir o pensar en nada más?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

7 ¿Ha consumido éxtasis a pesar de que no tenía intención de hacerlo?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

8 ¿Ha terminado consumiendo éxtasis en mayores cantidades de lo que usted pensó?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

9 ¿Alguna vez usó éxtasis para eliminar problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) o para evitar que se presentaran?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

10 ¿Y ha presentado problemas como estos (*mostrar tarjeta 2*) cuando suspendía o disminuía el consumo de éxtasis?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

11 ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con éxtasis, ha consumido mayor cantidad que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

12 ¿Ha notado que la misma cantidad de éxtasis tiene menos efectos en usted que antes?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

13 ¿Ha dejado de hacer actividades de diversión o que a usted le gustan por el consumo de éxtasis?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

14 ¿Pasa más tiempo que antes para recuperarse del consumo de éxtasis?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

15 ¿El uso de éxtasis le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a preg. 17*

16 ¿Continuó consumiendo éxtasis aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

- Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9

17 En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que corre una persona que consume éxtasis...

- | | Ningún riesgo | Riesgo leve o moderado | Gran riesgo | No se qué riesgo corre |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 17.1...de vez en cuando? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 17.2... frecuentemente? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

15. INHALABLES (IN)

1 ¿Alguna vez probó sustancias como Pegamento, Poxi-rán o similares para inhalar o aspirar?

Sí 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *pase a Otras Drogas*

2 ¿Cuándo fue la primera vez que probó inhalables?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

3 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

4 En el período en que usted consumía inhalables con mayor frecuencia, ¿cada cuánto consumía?

Casi todos los días 1
 3 o 4 días a la semana 2
 1 o 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Una sola vez 6
 Ns/nc 9

5 ¿Cuándo fue la última vez que tomó inhalables?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

16. OTRAS DROGAS (OD)

	1 ¿Consumió alguna vez...	2 ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez...		3 ¿Cuándo fue la última vez que consumió...			
		Edad	Ns/nc	En los últimos 30 días	Hace más de un mes, pero menos de un año	Hace más de un año	Ns/nc
a. ...medicamentos para adelgazar sin indicación médica? (anorexígenos como Aderan, Downtrat, Societyl, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ns/nc <input type="checkbox"/> 9 } <i>pase a b.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
b. ...opiáceos y anestésicos? (como opio, morfina, heroína, codeína, ketamina)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ns/nc <input type="checkbox"/> 9 } <i>pase a c.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
c. ...crack?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ns/nc <input type="checkbox"/> 9 } <i>pase a d.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
d. ...alucinógenos? (como LSD, peyote, cucumelo, chamico, floripondio, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ns/nc <input type="checkbox"/> 9 } <i>pase a e.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
e. ...otras drogas? (especificar)	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Ns/nc <input type="checkbox"/> 9 } <i>pase a Im-pacto</i>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

17. IMPACTO (IM)

Las preguntas que le voy a hacer a continuación refieren a los últimos 12 meses...

1 En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso de drogas?

Días

No consumió 888 } *pase a Demanda de Tratamiento*

Ns/nc 999

2 En los últimos 12 meses, ¿cuántos días completos ha faltado o suspendido sus actividades habituales por enfermedad u otra razón que pueda haberse debido al uso conjunto de alcohol y drogas?

Días

No consumió 888

Ns/nc 999

3 ¿Ha tenido algún accidente laboral que pudo estar relacionado con el uso de drogas?

Sí 1

No 2

Ns/nc 9

4 ¿Ha tenido algún accidente de tránsito que pudo estar relacionado con el uso de drogas?

Sí 1

No 2

Ns/nc 9

18. DEMANDA DE TRATAMIENTO (DT)

Este capítulo se aplica **sólo si el entrevistado consumió al menos una sustancia en su vida.**

Recorra el Bloque Individual capítulo por capítulo e identifique las respuestas positivas a la pregunta 1 de cada uno de ellos.

1 ¿Alguna vez buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas?

Sí 1

No 2 → *pase a Opinión y Medios*

Ns/nc 9 → *pase a Opinión y Medios*

2 ¿Buscó asistencia por consumo de sustancias psicoactivas en...

	Sí	No
1... Alcohólicos Anónimos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2... Narcóticos Anónimos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3... Grupos de autoayuda para problemas de tabaquismo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4... Comunidades terapéuticas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5... Centros de alcoholismo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6... Consultorios externos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7... Clínicas psiquiátricas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8... Centros de desintoxicación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9... Hospitales Generales?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10... Centros de Salud Mental?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11... Servicios gratuitos de líneas telefónicas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12... Iglesias o grupos religiosos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13 Otro (<i>especificar</i>).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

3 ¿Está o estuvo en tratamiento por consumo de sustancias?

Sí, está actualmente 1

Sí, estuvo alguna vez 2

Nunca estuvo 3

19. OPINIÓN Y MEDIOS (OM)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su opinión acerca del consumo de sustancias...

1 ¿Tiene hijos de entre 6 y 20 años a su cargo?

Sí 1
No 2 → *pase a preg. 4*

2 Imagínese que en la actualidad no tiene hijos, ¿tendría la misma opinión acerca del consumo de drogas que tiene actualmente?

Sí 1
No 2
Ns/nc 9

3 Piense ahora en otras personas con hijos a cargo, ¿cree que tendrían la misma opinión acerca del consumo de drogas si no tuvieran hijos?

Sí 1
No 2
Ns/nc 9

4 ¿Piensa usted que el consumo de drogas produce un daño persistente e irreversible?

Sí 1
Tal vez 2
No 3
Ns/nc 9

5 ¿Cree que otras personas piensan que el consumo de drogas produce un daño persistente e irreversible?

Sí 1
Tal vez 2
No 3
Ns/nc 9

6

6.1 ¿Cuál es el principal diario que lee habitualmente?
(Especificar) No lee diarios habitualmente 8 Ns/nc 9

6.2 ¿Cuál es la principal revista que lee habitualmente?
(Especificar) No lee revistas habitualmente 8 Ns/nc 9

6.3 ¿Cuál es la principal radio que escucha habitualmente?
(Especificar) No escucha radio habitualmente 8 Ns/nc 9

6.4 ¿Cuál es el principal canal de televisión que ve habitualmente?
(Especificar) No ve televisión habitualmente 8 Ns/nc 9



Recuerde solicitar al entrevistado su número telefónico.



Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Av. Presidente Julio A. Roca 615

1067 CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - REPÚBLICA ARGENTINA

ENPreCoSP-2008

TARJETA 1

T1

1. 1 a 200
2. 201 a 400
3. 401 a 600
4. 601 a 700
5. 701 a 800
6. 801 a 900
7. 901 a 1.000
8. 1.001 a 1.250
9. 1.251 a 1.500
10. 1.501 a 1.750
11. 1.751 a 2.000
12. 2.001 a 3.000
13. 3.001 a 4.000
14. 4.001 a 5.000
15. 5.001 a 7.500
16. 7.501 a 10.000
17. 10.001 y más

INDEC

ENPreCoSP-2008

TARJETA 2

T2

1. Fatiga o cansancio
2. Sudoración
3. Diarrea
4. Ansiedad
5. Depresión
6. Irritabilidad
7. Inquietud
8. Dificultad con el sueño/vigilia
9. Temblores (temblor en las manos)
10. Dolor de estómago
11. Dolor de cabeza
12. Debilidad
13. Náuseas o vómitos
14. Ataques o convulsiones
15. Dolor muscular o calambres
16. Ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)
17. Bostezos
18. Deseos incontrolables, búsqueda, desesperación
19. Ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan
20. Latidos acelerados del corazón, palpitaciones
21. Cambios en el apetito
22. Fiebre

INDEC