

MARQUEASI: NO MARQUEASI:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z



Instituto Nacional de Estadística y Censos
República Argentina

ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO

Observatorio Argentino de Drogas

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

IDENTIFICACIÓN

Aglo	Área	N° en el listado	Semana N°	Trimestre	Año	Vivienda N°	Hogar N°

UBICACIÓN (UB)

N° en el listado	Manzana	Lado	Calle	Número	Piso	Depto / habitación	Tipo de vivienda	Descripción

CUADRO RESUMEN:

Fecha/...../..... Hora

Nombre del componente seleccionado:

Edad:

Encuestador / Recuperador:.....N°

N° de componente **EPH SELECCIONADO de 16 a 75 años:**

Respondente: N°

Teléfono de contacto del componente seleccionado:

Sensibilización y selección realizada: SI / NO

Disponibilidad de día y hora para realizar la entrevista:

Personal / Telefónica

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Franja horaria (ej: 14 a 16 / A partir 18)							

Sensibilización realizada al componente seleccionado: SI / NO

VISITAS EFECTUADAS AL HOGAR (VH)

Visita N°	Fecha	Hora	Nombre de Usuario	Rol	Resultado	Código de resultado
1						
2						
3						

SENSIBILIZACIÓN DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO:

«En esta ocasión, el INDEC se encuentra realizando la Encuesta Nacional de Consumos y Prácticas de Cuidado que tiene por objetivo indagar sobre aspectos de salud de las personas vinculados al consumo de sustancias (como alcohol, tabaco, etc.).

En este contexto, le informamos que ha sido seleccionado para participar de dicho estudio, contestando una serie de preguntas simples al respecto. Toda la información que proporcione será confidencial y estará protegida por el secreto estadístico dispuesto en el artículo 10 de la Ley 17.622.»

RAZÓN DE NO RESPUESTA DEL MIEMBRO SELECCIONADO

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 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) |
| 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) | Ebriedad, discapacidad, idioma extranjero <input type="checkbox"/> (2) | Problema de seguridad <input type="checkbox"/> (3) |

OBSERVACIONES GENERALES (OG)

.....

.....

1. SALUD GENERAL (SA)

SALUD (SA): A continuación, le voy a hacer una serie de preguntas relacionadas con su salud.

A TODO/AS

1. De acuerdo a la identidad de género ¿se considera ...

- | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|
| ... mujer? | <input type="checkbox"/> (1) | } Hasta 49 años pase a P2 |
| ... mujer trans/travesti? | <input type="checkbox"/> (2) | |
| ... varón? | <input type="checkbox"/> (3) | } Pase a P3 |
| ... varón trans/masculinidad trans? | <input type="checkbox"/> (4) | |
| ... no binario? | <input type="checkbox"/> (5) | } Hasta 49 años pase a P2 |
| ... otra identidad/ninguna de las anteriores? | <input type="checkbox"/> (6) | |
| Prefiero no contestar | <input type="checkbox"/> (7) | } Pase a P3 |
| Ignorado | <input type="checkbox"/> (8) | |

2. ¿Se encuentra cursando un embarazo?

- | | |
|--|-------------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> (1) |
| No | <input type="checkbox"/> (2) |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) |

3. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría su estado de salud, en general?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Muy malo | <input type="checkbox"/> (1) |
| Malo | <input type="checkbox"/> (2) |
| Regular | <input type="checkbox"/> (3) |
| Bueno | <input type="checkbox"/> (4) |
| Muy bueno | <input type="checkbox"/> (5) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) |

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

- | | |
|--|-------------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> (1) |
| No | <input type="checkbox"/> (2) |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) |

5. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consultado a algún/a profesional de la salud por problemas de angustia, relaciones personales, depresión u otros? (Si la persona encuestada le solicita ejemplos, mencione: médico/a, trabajador/a social, enfermero/a, psicólogo/a, operador/a, u otros)

- Sí (1)
- No (2)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)

6. ¿Con qué frecuencia realiza regularmente actividades físicas, como deportes, salir a caminar, gimnasio, musculación, bailes, etc.?

- Algunas veces al mes (1)
- Una o dos veces por semana (2)
- Más de dos veces por semana (3)
- Todos los días (4)
- No realiza regularmente actividades físicas (5)
- No contesta (no leer) (99)

7. ¿Realiza alguna de las siguientes actividades al menos una vez al mes? (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Juntarse con amigos/as (1)
- Concurrir a espectáculos (teatro, cine, eventos deportivos, recitales, etc.) (2)
- Hacer alguna actividad artística (música, pintura, escritura, etc.) (3)
- Aprender un idioma u oficio (mecánica, carpintería, electricidad, artesanías, etc.) (4)
- Participar en un grupo religioso, agrupación política u organización con fines solidarios (voluntariado, beneficencia, cooperadora, etc.) (5)
- No realiza ninguna actividad (6)
- No contesta (no leer) (99)

8. Si usa medicamentos para tratar molestias o síntomas de enfermedad (como dolor de cabeza, tos, febrícula, estado gripal, malestar estomacal, dolor de muela, etc.), usted generalmente lo hace ¿...

- ...luego de consultar con un profesional de la salud? (1)
- ...luego de consultar con un familiar o amigo/a? (2)
- ...por iniciativa propia (automedicación)? (3)
- No usa medicamentos para síntomas leves (4)
- No contesta (*no leer*) (99)

2. CONSUMOS DE ALCOHOL (AL)

ALCOHOL (AL): A continuación, le voy a hacer una serie de preguntas relacionadas con los consumos de bebidas alcohólicas. Para todas las preguntas, salvo que se indique lo contrario, considere bebidas como vino, cerveza, whisky, ron, vodka, tequila, gin, fernet, vermouth, licor u otros tragos que contengan alcohol.

Algunas preguntas son para conocer la cantidad y tipo de bebida que consume en diferentes momentos y se mide en una unidad especial llamada "tragos". Le entrego esta tarjeta para que le ayude a responder cuánto tomó de cada bebida según los diferentes envases. (*entregar **TARJETA N°1B***)

1. ¿Alguna vez en la vida, consumió bebidas alcohólicas?

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a P29 (Página 11)**

2. ¿La primera vez que consumió bebidas alcohólicas fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1) No sabe /No recuerda (*no leer*) (98)
- ...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2) No contesta (*no leer*) (99)
- ...hace más de 1 año? (3)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez? No considere si lo único que hizo fue dar un sorbo o probar de la bebida de otra persona.

- Edad en años cumplidos
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. ¿En los últimos 12 meses, consumió bebidas alcohólicas?

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a P29 (Página 11)**

5. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- Una vez al mes o menos (1)
- 2 a 4 veces al mes (2)
- 2 a 3 veces a la semana (3)
- 4 o más veces a la semana (4)

6. Pensando en lo que toma habitualmente, elija uno de esos días y dígame en ese día cuánto toma ...

Mostrar TARJETA N°1B

6a. ...de CERVEZA?	Cantidad de		6b. ...de VINO?	Cantidad de		6c. ...de BEBIDAS FUERTES? (whisky, ron, vodka, tequila, fernet)	Cantidad de											
	Entero	Parcial		Entero	Parcial		Entero	Parcial										
NO CONSUMIÓ			NO CONSUMIÓ			NO CONSUMIÓ												
Botella de 1 litro			Botella de 1 litro			Botella de 1 litro												
Botella de 750cc			Botella de 750cc			Botella de 750cc												
Botella de 330cc			Botella de 375cc			Botella de 330cc												
Chop de 750cc			Copa de 200cc			Medida de 50cc (shot)												
Chop/ Pinta / Lata / Vaso de 500cc			Vaso de 500cc			Vaso de 500cc												
Chop de 330cc			Vaso de 355cc			Vaso de 355cc												
Pinta de 250cc			No sabe / No recuerda (no leer)		(98)	No sabe / No recuerda (no leer)		(98)										
Lata / Vaso de 355cc			No contesta (no leer)		(99)	No contesta (no leer)		(99)										
No sabe / No recuerda (no leer)		(98)	6d. ...y ese mismo día, ¿tomó OTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... No <input type="checkbox"/>			Registre la cantidad de tragos (utilice la TARJETA N°1)												
No contesta (no leer)		(99)				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tragos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cerveza</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vino</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas fuertes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Tragos		Cerveza		Vino		Bebidas fuertes		TOTAL	
Tragos																		
Cerveza																		
Vino																		
Bebidas fuertes																		
TOTAL																		

“Pensando en los últimos 12 meses...”

7. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más tragos de bebidas alcohólicas en un solo día? Mostrar TARJETA N°1B.

A continuación, tiene ejemplos para ayudar a la persona entrevistada a pensar cuántos son “5 o más tragos”:

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

Ejemplos:

- Dos botellas de cerveza de 1litro.
- Una botella y media de vino de 750cc, o una botella/caja/cartón/tetrabrick de 1litro de vino, o dos vasos de 500cc.
- Un vaso de 250cc de bebidas fuertes (vodka, gin, whisky, fernet), o un cuarto de botella de litro.
- Tres copas de vino + Dos shots o medidas de bebidas fuertes.
- Tres pintas o latas de 500cc de cerveza + Dos shots de bebidas fuertes.

8. ¿Con qué frecuencia ha sentido la imposibilidad de parar de beber una vez que había empezado?

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

9. ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

10. ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

11. ¿Con qué frecuencia ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

12. ¿Con qué frecuencia no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca (0)
- Menos de una vez al mes (1)
- Mensualmente (2)
- Semanalmente (3)
- A diario o casi a diario (4)

13. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herida debido a que usted bebió?

- No (0)
- Sí, pero no en el último año (1)
- Sí en el último año (2)

14. ¿Algún familiar, amigo/a, médico/a u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas, o le ha sugerido que deje de beber?

- No (0)
Sí, pero no en el último año (1)
Sí, en el último año (2)

15. ¿En los últimos 30 días, ha consumido bebidas alcohólicas?

- Sí (1)
No (2) } **Pase a P29 (Página 11)**
No contesta (*no leer*) (99)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

16. En los últimos 30 días ¿cuál fue el lugar o situación más frecuente donde consumió bebidas alcohólicas? (Marque una única opción)

- En su casa (1)
En la casa de sus amigos/as o pareja (2)
En un lugar público (calle, esquina, plaza, parque) (3)
En un evento público (deportivo, musical, cultural, manifestación) (4)
En un boliche, bar o restaurante (en la entrada, en el patio, en el baño) (5)
En una fiesta (cumpleaños, casamiento, etc.) (6)
En el trabajo (7)
Otro lugar o situación (8)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

17. En los últimos 30 días ¿con quién o quiénes consumió bebidas alcohólicas más frecuentemente? (Marque una única opción)

- Solo/a (1)
Con amigos/as (2)
Con familiares (3)
Con su pareja (4)
Con compañeros/as de trabajo o estudio (5)
Con otros/as conocidos/as (6)
Con desconocidos (7)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

18. Pensando en los últimos 30 días, ¿cuáles cree que son los motivos por los que consume bebidas alcohólicas? Mostrar TARJETA N°2 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Por placer, curiosidad (búsqueda de nuevas experiencias) (1)
- Para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos) (2)
- Para desinhibirse o socializar (3)
- Para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales) (4)
- Para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar) (5)
- Por presión grupal o social (6)
- Por costumbre, tradición o hábito (7)
- Por sentir soledad y/o abandono (8)
- Otros. ¿Cuáles? (9)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

19. En algunas ocasiones, es común que uno tome más de lo habitual. En los últimos 30 días, pensando en el día que más tomó, ¿cuánto tomó... Mostrar TARJETA N°1B

6a. ...de CERVEZA?	Cantidad de		6b. ...de VINO?	Cantidad de		6c. ...de BEBIDAS FUERTES? (whisky, ron, vodka, tequila, fernet)	Cantidad de											
	Entero	Parcial		Entero	Parcial		Entero	Parcial										
NO CONSUMIÓ			NO CONSUMIÓ			NO CONSUMIÓ												
Botella de 1 litro			Botella de 1 litro			Botella de 1 litro												
Botella de 750cc			Botella de 750cc			Botella de 750cc												
Botella de 330cc			Botella de 375cc			Botella de 330cc												
Chop de 750cc			Copa de 200cc			Medida de 50cc (shot)												
Chop/ Pinta / Lata / Vaso de 500cc			Vaso de 500cc			Vaso de 500cc												
Chop de 330cc			Vaso de 355cc			Vaso de 355cc												
Pinta de 250cc			No sabe / No recuerda (no leer)		(98)	No sabe / No recuerda (no leer)		(98)										
Lata / Vaso de 355cc			No contesta (no leer)		(99)	No contesta (no leer)		(99)										
No sabe / No recuerda (no leer)		(98)	6d. ...y ese mismo día, ¿tomó OTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?..... No <input type="checkbox"/>			Registre la cantidad de tragos (utilice la TARJETA N°1)												
No contesta (no leer)		(99)																
						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tragos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cerveza</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vino</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bebidas fuertes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Tragos		Cerveza		Vino		Bebidas fuertes		TOTAL	
Tragos																		
Cerveza																		
Vino																		
Bebidas fuertes																		
TOTAL																		

20. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha consumido 5 tragos o más de alguna bebida alcohólica en una sola ocasión? Considere por "ocasión" un mismo momento, por ejemplo, un período de dos horas. Mostrar Tarjeta 1B. A continuación, tiene ejemplos para ayudar a la persona entrevistada a pensar cuántos son "5 o más tragos":

- Ninguna vez (1)
- Solo una vez (2)
- Entre 2 y 3 veces (3)
- Entre 4 y 5 veces (4)
- Más de 5 veces (5)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

Ejemplos:

- Dos botellas de cerveza de 1 litro.
- Una botella y media de vino de 750cc, o una botella/caja/cartón/tetrabrik de 1 litro de vino, o dos vasos de 500cc.
- Un vaso de 250cc de bebidas fuertes (vodka, gin, whisky, fernet), o un cuarto de botella de litro.
- Tres copas de vino + Dos shots o medidas de bebidas fuertes.
- Tres pintas o latas de 500cc de cerveza + Dos shots de bebidas fuertes.

21. Pensando en los últimos 30 días, cuando consume bebidas alcohólicas, ¿toma alguno de estos recaudos para cuidarse de los posibles efectos no deseados? Mostrar TARJETA N°3 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--------------------------|------|---------------------|
| Mantenerse hidratado o alimentarse antes de consumir | <input type="checkbox"/> | (1) | } Pase a P23 |
| Buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) y/o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| Consumir en un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido) | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| Planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.) | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| Regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.) | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| Intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados | <input type="checkbox"/> | (6) | |
| Evitar la mezcla de sustancias | <input type="checkbox"/> | (7) | |
| Otros. ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> | (8) | |
| No toma ningún recaudo | <input type="checkbox"/> | (9) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

22. No toma ningún recaudo porque ¿... (Marque una única opción)

- | | | |
|--|--------------------------|------|
| ...elige asumir el riesgo de los posibles efectos no deseados del consumo? | <input type="checkbox"/> | (1) |
| ...opina que no le produce efectos negativos y/o no siente la necesidad de tomar recaudos? | <input type="checkbox"/> | (2) |
| ...aunque lo considera necesario, no puede tomarlos (por presión social, por dependencia, por motivos económicos, etc.)? | <input type="checkbox"/> | (3) |
| ...otros. Especificar | <input type="checkbox"/> | (4) |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) |

23. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido algún tipo de bebida alcohólica? (Anote 98 no sabe/ no recuerda, 99 no contesta) N° de días (de 1 a 30)

Cantidad de días

24. Durante los últimos 30 días, en los días que tomó bebidas alcohólicas, ¿cuántos tragos tomó en un día habitual? Utilice la TARJETA N°1B y dígame cuánto toma de cada bebida según sus envases para poder calcular el resultado.

Número de tragos

25. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebidas alcohólicas consumió y con qué frecuencia?

Atención: registre la frecuencia para cada bebida y pregunte por el número de días que consumió cada una de ellas. Bebidas fuertes son, por ejemplo, licores, whisky, ron, vodka, tequila, fernet o similares.

	Cerveza	Vino	Bebidas fuertes
Nunca	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)
Diariamente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
Algunos días de la semana	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
Fines de semana	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
Sólo en eventos sociales	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)

26. Si consume entre semana, aproximadamente ¿cuántos tragos de bebidas alcohólicas consume en cada ocasión? Considere por "ocasión" un mismo momento, por ejemplo, un periodo de dos horas, y por "entre semana" los días de lunes a jueves. ? Utilice la TARJETA N°1B y dígame cuánto toma de cada bebida según sus envases para poder calcular el resultado. (Si el total de tragos no es un número entero, redondee hacia el número superior)

	Cerveza	Vino	Bebidas fuertes
No consume	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)
1 trago	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
2 tragos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
3 a 4 tragos	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
5 a 6 tragos	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
7 a 9 tragos	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
10 o más tragos	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)

27. Y si consume en los fines de semana, ¿Aproximadamente cuántos tragos de bebida alcohólica consume en cada ocasión? Considere por "ocasión" un mismo momento, por ejemplo, un periodo de dos horas, y por "fin de semana" los días viernes, sábado y domingo. ? Utilice la TARJETA N°1B y dígame cuánto toma de cada bebida según sus envases para poder calcular el resultado. (Si el total de tragos no es un número entero, redondee hacia el número superior)

	Cerveza	Vino	Bebidas fuertes
No consume	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (0)
1 trago	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
2 tragos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
3 a 4 tragos	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
5 a 6 tragos	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
7 a 9 tragos	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
10 o más tragos	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)
No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (<i>no leer</i>)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)	<input type="checkbox"/> (99)

28. En los últimos 30 días, ¿ha consumido alguna vez bebidas energizantes mezcladas con bebidas alcohólicas?

- Sí (1)
 No (2)
 No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
 No contesta (*no leer*) (99)

A TODOS/AS

29. ¿Tiene amigos/as o familiares que toman bebidas alcohólicas en exceso en una misma ocasión (beber 5 tragos o más en un plazo de dos horas aproximadamente)? ¿Cuántos?

- Ninguno (1)
 Uno (2)
 Dos o más (3)
 No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
 No contesta (*no leer*) (99)

Ejemplos:

- Dos botellas de cerveza de 1litro.
- Una botella y media de vino de 750cc, o una botella/caja/cartón/tetrabrick de 1litro de vino, o dos vasos de 500cc.
- Un vaso de 250cc de bebidas fuertes (vodka, gin, whisky, fernet), o un cuarto de botella de litro.
- Tres copas de vino + Dos shots o medidas de bebidas fuertes.
- Tres pintas o latas de 500cc de cerveza + Dos shots de bebidas fuertes.

30. ¿Cree que el consumo de bebidas alcohólicas está relacionado de algún modo con alguna de estas situaciones? (Marque una única opción por cada fila)

	Mucho	Poco	Nada	No sabe No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
Accidentes o siniestros viales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas familiares	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas de salud física y mental	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Dificultades escolares y/o laborales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Violencia doméstica y/o de género	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Hechos violentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

3. CONSUMOS DE TABACO (TA)

TABACO (TA): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de tabaco. Para todas las preguntas considere cigarrillos con y sin filtro, puros/habanos, pipas o similares y cigarrillo electrónico.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha fumado algún tipo de tabaco?

- Sí (1)
 No (2)
 No contesta (*no leer*) (99)

Pase a BLOQUE 4 (Página 15)

2. ¿La primera vez que fumó algún tipo de tabaco fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
- ...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
- ...hace más de 1 año? (3)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando fumó algún tipo de tabaco por primera vez?

- Edad en años cumplidos
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. En los últimos 12 meses ¿ha fumado algún tipo de tabaco?

- Sí (1) } **Pase a P6**
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)

5. ¿Qué edad tenía cuando fumó por última vez?

- Edad en años cumplidos } **Pase a P16 (Página 15)**
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

6. En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia fumó algún tipo de tabaco?

- Una sola vez (1)
- Algunas veces durante los últimos 12 meses (2)
- Algunas veces mensualmente (3)
- Algunas veces semanalmente (4)
- Diariamente (5)
- No contesta (*no leer*) (99)

7. ¿Se ha planteado alguna vez dejar de fumar?

- Sí, y lo he intentado dentro de los últimos 12 meses (1)
- Sí, y lo he intentado hace más de un año (2)
- Sí, pero no lo he intentado (3)
- No me lo he planteado (4)
- No contesta (*no leer*) (99)

8. En los últimos 30 días, ¿ha fumado algún tipo de tabaco?

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a P16 (Página 15)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

9. En los últimos 30 días ¿con qué frecuencia fumó algún tipo de tabaco?

- Una sola vez (1)
- Algunas veces durante los últimos 30 días (2)
- Algunas veces semanalmente (3)
- Diariamente (4)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a P11**

10. ¿En los últimos 30 días, durante cuantos días fumó algún tipo de tabaco? (Anote 98 no sabe/ no recuerda, 99 no contesta) N° de días (de 1 a 30)

Cantidad de días

11. En los últimos 30 días, ¿cuál es la forma más frecuente en la que consumió algún tipo de tabaco?

- Cigarrillos de caja / paquete (1)
- Cigarrillos armados (2)
- Cigarrillo electrónico / vaper (3)
- Pipa (4)
- Habanos / puros (5)
- Otra. ¿Cuál? _____ (6)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a P13 (Página 14)**

12. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos de paquete o armados ha fumado por día en el último mes?
(Anote 98 no sabe/ no recuerda, 99 no contesta)

Cantidad de cigarrillos

13. Pensando en los últimos 30 días, ¿cuáles cree que son los motivos por los que consume algún tipo de tabaco? Mostrar TARJETA N°2 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Por placer, curiosidad (búsqueda de nuevas experiencias) (1)
- Para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos) (2)
- Para desinhibirse o socializar (3)
- Para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales) (4)
- Para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar) (5)
- Por presión grupal o social (6)
- Por costumbre, tradición o hábito (7)
- Por sentir soledad y/o abandono (8)
- Otros. ¿Cuáles? (9)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

14. Pensando en los últimos 30 días, cuando consume algún tipo de tabaco, ¿toma alguno de estos recaudos para cuidarse de los posibles efectos no deseados? Mostrar TARJETA N°3 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Mantenerse hidratado o alimentarse antes de consumir (1)
 - Buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) y/o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra (2)
 - Consumir en un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido) (3)
 - Planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.) (4)
 - Regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.) (5)
 - Intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados (6)
 - Evitar la mezcla de sustancias (7)
 - Otros. ¿Cuáles? (8)
 - No toma ningún recaudo (9)
 - No contesta (no leer) (99)
- } Pase a P16 (Página 15)
- } Pase a P16 (Página 15)

15. No toma ningún recaudo porque ¿... (Marque una única opción)

- ...elige asumir el riesgo de los posibles efectos no deseados del consumo? (1)
- ...opina que no le produce efectos negativos y/o no siente la necesidad de tomar recaudos? (2)
- ...aunque lo considera necesario, no puede tomarlos (por presión social, por dependencia, por motivos económicos, etc.)? (3)
- ...otros ¿Cuáles? (4)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

16. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos, de paquete o armados, en su vida?

- Sí (1)
- No (2)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

17. Si alguna vez ha fumado algún tipo de tabaco a diario, ¿por cuántos años ha fumado a diario?

- Cantidad de años
- Nunca fumé diariamente (1)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. CONSUMOS DE PSICOFÁRMACOS TRANQUILIZANTES O ANSIOLÍTICOS CON RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA (TR)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de tranquilizantes o ansiolíticos con receta o prescripción médica. Algunos medicamentos tranquilizantes en ocasiones son usados para calmar la ansiedad, poder dormir o relajarse. Piense en fármacos como Valium, Lexotamil, Alplax, Rivotril u otros, que haya consumido a partir de una receta o prescripción medica.

1. Alguna vez en la vida ¿ha consumido tranquilizantes porque un/a médico/a se lo recetó? (Como Valium, Lexotamil, Alplax, Rivotril, u otros.)

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a BLOQUE 5 (Página 17)**

2. La primera vez que probó tranquilizantes recetados fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
- ...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
- ...hace más de 1 año? (3)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando tomó tranquilizantes recetados por primera vez?

- Edad en años cumplidos
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alguna vez tranquilizantes porque un/a médico/a se o recetó?
(Como Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril, otros)

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- Pase a BLOQUE 5 (Página 17)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

5. En los últimos 12 meses, ¿qué tranquilizantes recetados por un/a médico/a consumió?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
Clonazepam (Rivotril, Clonagin, Diocam)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Alprazolam (Alplax, Tranquinal)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Bromazepam (Lexotanil)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Lorazepam (Trapax)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otro ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

6. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado tranquilizantes recetados?

- Una sola vez (1)
- Algunas veces durante los últimos 12 meses (2)
- Algunas veces mensualmente (3)
- Algunas veces semanalmente (4)
- Diariamente (5)
- No contesta (*no leer*) (99)

7. En términos generales, señale el modo en el que toma los tranquilizantes recetados. Los toma...

- ...en mayor dosis de la recomendada por su médico/a (1)
- ...en menor dosis de la recomendada por su médico/a (2)
- ...durante más tiempo del recomendado por su médico/a (3)
- ...durante menos tiempo del recomendado por su médico/a (4)
- ...en la cantidad y durante el tiempo exacto recomendado por su médico/a (5)
- No contesta (*no leer*) (99)

8. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido tranquilizantes, en la misma ocasión (entendiendo por “ocasión” un plazo de dos horas) junto con...?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
...alcohol?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...drogas (como marihuana, cocaína, heroína u otras)?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...alcohol y drogas a la vez?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

9. En los últimos 30 días, ¿ha consumido tranquilizantes alguna vez porque un/a médico/a se los recetó?

Sí	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a BLOQUE 5
No	<input type="checkbox"/> (2)	
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

10. ¿Con qué frecuencia ha usado tranquilizantes porque un/a médico/a se los recetó?

Una sola vez	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a BLOQUE 5
Algunas veces durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> (2)	
Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/> (3)	
Diariamente	<input type="checkbox"/> (4)	} Pase a BLOQUE 5
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

11. Si consume diariamente tranquilizantes recetados por un/a médico/a, ¿desde hace cuánto tiempo que los toma diariamente?

Respuesta en años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es menor a un año consignar en meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No sabe/ No recuerda (no leer)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

5. CONSUMOS DE PSICOFÁRMACOS TRANQUILIZANTES O ANSIOLÍTICOS SIN RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA (TRS)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de tranquilizantes o ansiolíticos sin receta o prescripción médica. Algunos medicamentos tranquilizantes en ocasiones son usados para calmar la ansiedad, poder dormir o relajarse. Piense en fármacos como Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril u otros, que haya consumido sin una receta o prescripción médica.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido tranquilizantes sin receta médica? (Como Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril u otros)

Sí	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a Bloque 6 (Página 20)
No	<input type="checkbox"/> (2)	
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

2. ¿ La primera vez que probó tranquilizantes NO recetados fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
- ...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
- ...hace más de 1 año? (3)
- No sabe /No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando tomó tranquilizantes NO recetados por primera vez?

- Edad en años cumplidos:
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. Esos tranquilizantes que consumió sin receta...

- ... los usó siempre por su cuenta? (1)
- ... primero fueron recetados y luego los tomó por su cuenta? (2)
- No contesta (*no leer*) (99)

5. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alguna vez tranquilizantes NO recetados?

- Sí (1)
 - No (2)
 - No contesta (*no leer*) (99)
- } Pase a BLOQUE 6 (Página 20)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

6. En los últimos 12 meses, ¿qué tranquilizantes NO recetados consumió?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
Clonazepam (Rivotril, Clonagin, Diocam)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Alprazolam (Alpax, Tranquinal)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Bromazepam (Lexotanil)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Lorazepam (Trapax)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otro (<i>especificar</i>)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

ATENCIÓN: Si responde **No (2)**, **No sabe/No recuerda (98)**, o **No contesta (99)** en **TODAS** las opciones, **pasa a P8 (Página 19)**.

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado tranquilizantes NO recetados?

- Una sola vez (1)
Algunas veces durante los últimos 12 meses (2)
Algunas veces mensualmente (3)
Algunas veces semanalmente (4)
Diariamente (5)
No contesta (*no leer*) (99)

8. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido tranquilizantes, en la misma ocasión (entendiendo por “ocasión” un plazo de dos horas) junto con...

	Sí	No	No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
...alcohol?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...drogas como marihuana, cocaína, heroína u otras?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...alcohol y drogas a la vez?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

9. En los últimos 30 días, ¿ha consumido alguna vez tranquilizantes NO recetados? (Como Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril, otros)

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 6 (Página 20)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado tranquilizantes NO recetados?

- Una sola vez (1)
Algunas veces durante los últimos 30 días (2)
Algunas veces semanalmente (3)
Diariamente (4)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a P12 (Página 20)**

11. Si consume diariamente tranquilizantes NO recetados por un/a médico/a, ¿desde hace cuánto tiempo que los toma diariamente?

- Respuesta en años (1)
- Si es menor a uno consignar en meses (2)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

12. ¿Cómo obtuvo los tranquilizantes NO recetados que consumió? (Indique sólo la forma más frecuente)

- De un familiar (1)
- En la calle (plaza, quiosco, esquina) (2)
- En la casa (3)
- De un/a amigo/a (4)
- En la farmacia sin receta (5)
- Por redes sociales (6)
- De otra manera (*especificar*) (7)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

6. CONSUMOS DE PSICOFÁRMACOS ESTIMULANTES O ANTIDEPRESIVOS CON RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA (ES)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de estimulantes o antidepresivos con receta o prescripción médica. Algunos medicamentos estimulantes a veces son usados para disminuir el apetito, mantenerse despierto/a o en el tratamiento de déficit atencional (TDAH). Piense en fármacos como Ritalina, Prozac, Zoloft u otros, que haya consumido a partir de una receta o prescripción médica.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido estimulantes porque un/a médico/a se lo recetó? (Como Ritalina, Prozac, Zoloft u otros)

- Sí (1)
- No (2)
- No contesta (*no leer*) (99)
- } **Pase a BLOQUE 7 (Página 23)**

2. ¿La primera vez que probó estimulantes recetados por un/a médico/a fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
- ...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
- ...hace más de 1 año? (3)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando tomó por primera vez estimulantes recetados por un/a médico/a?

Edad en años cumplidos:

No sabe / No recuerda (*no leer*)

 (98)

No contesta (*no leer*)

 (99)

4. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido estimulantes alguna vez porque un/a médico/a se los recetó?

Sí

 (1)

No

 (2)

No contesta (*no leer*)

 (99)

} Pase a BLOQUE 7 (Página 23)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

5. En los últimos 12 meses, ¿qué estimulantes recetados por un/a médico/a consumió?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
Fluoxetina (Equilibrane, Foxetín, Prozac)	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (98)	<input type="text"/> (99)
Metilfenidato (Ritalina, Rubifen, Concerta, Lucium)	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (98)	<input type="text"/> (99)
Sertralina (Atenix, Zoloft)	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (98)	<input type="text"/> (99)
Otro	<input type="text"/> (1)	<input type="text"/> (2)	<input type="text"/> (98)	<input type="text"/> (99)

6. ¿Con qué frecuencia ha usado estimulantes porque un/a médico/a se los recetó?

Una sola vez

 (1)

Algunas veces durante los últimos 12 meses

 (2)

Algunas veces mensualmente

 (3)

Algunas veces semanalmente

 (4)

Diariamente

 (5)

No contesta (*no leer*)

 (99)

7. En términos generales, señale el modo en el que toma los estimulantes recetados. Los toma...

...en mayor dosis de la recomendada por su médico/a

 (1)

...en menor dosis de la recomendada por su médico/a

 (2)

...durante más tiempo del recomendado por su médico/a

 (3)

...durante menos tiempo del recomendado por su médico/a

 (4)

...en la cantidad y durante el tiempo exacto recomendado por su médico/a

 (5)

No contesta (*no leer*)

 (99)

8. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido estimulantes recetados en la misma ocasión (entendiendo por “ocasión” un plazo de dos horas) junto con...

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
...alcohol?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...drogas como marihuana, cocaína, heroína u otras?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...alcohol y drogas a la vez?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

9. En los últimos 30 días, ¿ha consumido alguna vez estimulantes porque un/a médico/a se lo recetó? (Como Ritalina, Prozac, Zoloft, u otros.)

Sí	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a BLOQUE 7 (Página 23)
No	<input type="checkbox"/> (2)	
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

10. ¿Con qué frecuencia ha usado estimulantes porque un/a médico/a se los recetó?

Una sola vez	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a BLOQUE 7 (Página 23)
Algunas veces durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> (2)	
Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/> (3)	
Diariamente	<input type="checkbox"/> (4)	
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	} Pase a BLOQUE 7 (Página 23)

11. Si consume diariamente estimulantes o antidepresivos recetados por un/a médico/a, ¿Desde hace cuánto tiempo los toma diariamente?

Respuesta en años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es menor a uno consignar en meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
No sabe / No recuerda (no leer)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

7. CONSUMOS DE PSICOFÁRMACOS ESTIMULANTES O ANTIDEPRESIVOS SIN RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA (ESS)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de estimulantes o antidepresivos sin receta o prescripción médica. Algunos medicamentos estimulantes a veces son usados para disminuir el apetito, mantenerse despierto o en el tratamiento de déficit atencional (TDAH). Piense en fármacos como Ritalina, Prozac, Zoloft u otros, que haya consumido sin receta o prescripción médica.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido estimulantes sin receta médica? (Como Ritalina, Prozac, Zoloft u otros)

Sí

(1)

No

(2)

No contesta (*no leer*)

(99)

Pase a BLOQUE 8 (Página 26)

2. ¿La primera vez que probó estimulantes NO recetados por un/a médico/a fue...

...durante los últimos 30 días?

(1)

...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año?

(2)

...hace más de 1 año?

(3)

No sabe / No recuerda (*no leer*)

(98)

No contesta (*no leer*)

(99)

3. ¿Qué edad tenía cuando tomó por primera vez estimulantes NO recetados?

Edad en años cumplidos:

No sabe / No recuerda (*no leer*)

(98)

No contesta (*no leer*)

(99)

4. Esos estimulantes que consumió sin receta...

...los usó siempre por su cuenta?

(1)

...primero fueron recetados y luego los tomó por su cuenta?

(2)

No contesta (*no leer*)

(99)

5. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido estimulantes NO recetados alguna vez? (Como Ritalina, Prozac, Zoloft, u otros)

Sí

(1)

No

(2)

No contesta (*no leer*)

(99)

Pase a P13 (Página 26)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

6. En los últimos 12 meses, ¿qué estimulantes NO recetados consumió?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
Fluoxetina (Equilibrane, Foxetín, Prozac)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Metilfenidato (Ritalina, Rubifen, Concerta, Lucium)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Sertralina (Atenix, Zoloft)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otro (especificar).....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado estimulantes NO recetados?

Una sola vez	<input type="checkbox"/> (1)
Algunas veces durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> (2)
Algunas veces mensualmente	<input type="checkbox"/> (3)
Algunas veces semanalmente	<input type="checkbox"/> (4)
Diariamente	<input type="checkbox"/> (5)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

8. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido estimulantes, en la misma ocasión (entendiendo por “ocasión” un plazo de dos horas) junto con...

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
...alcohol?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...drogas como marihuana, cocaína, heroína u otras?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...alcohol y drogas a la vez?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

9. En los últimos 30 días, ¿ha consumido estimulantes NO recetados alguna vez? (Como Ritalina, Prozac, Zoloft u otros)

Sí	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a P13 (Página 26)
No	<input type="checkbox"/> (2)	
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado estimulantes NO recetados?

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------|
| Una sola vez | <input type="checkbox"/> (1) | } Pase a P12 |
| Algunas veces durante los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> (2) | |
| Algunas veces semanalmente | <input type="checkbox"/> (3) | |
| Diariamente | <input type="checkbox"/> (4) | } Pase a P12 |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) | |

11. Si consume diariamente estimulantes NO recetados por un/a médico/a, ¿desde hace cuánto tiempo que los toma diariamente?

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|
| Respuesta en años | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es menor a un año consignar en meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/ No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) | |

12. ¿Cómo obtuvo los estimulantes NO recetados que consumió? (Indique solo la forma más frecuente)

- | | |
|---|-------------------------------|
| De un familiar | <input type="checkbox"/> (1) |
| En la calle (plaza, quiosco, esquina) | <input type="checkbox"/> (2) |
| En la casa | <input type="checkbox"/> (3) |
| De un amigo/a | <input type="checkbox"/> (4) |
| En la farmacia sin receta | <input type="checkbox"/> (5) |
| Por redes sociales | <input type="checkbox"/> (6) |
| De otra manera (<i>especificar</i>) | <input type="checkbox"/> (7) |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) |

A TODOS/AS LOS/AS QUE CONSUMIERON ALGUNA VEZ EN LA VIDA TRANQUILIZANTES Y/O ESTIMULANTES.

13. ¿Qué hace con los psicofármacos (tranquilizantes y/o estimulantes) que ya no utiliza? (Marque la opción más frecuente)

- Se los da a un familiar o amigo/a (1)
- Los dona a una institución u hospital (2)
- Los lleva a la farmacia (3)
- Los tira a la basura (vencidos o no) (4)
- Los guarda (5)
- Otra (especifique) (6)
- Nunca tiene psicofármacos que no usa (7)
- No tiene psicofármacos en su casa (8)
- No contesta (no leer) (99)

14. En general, cuando tiene que tomar un psicofármaco (tranquilizante y/o estimulante), ¿se informa sobre los riesgos o cuidados recomendados para su administración o uso?

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Pocas veces (3)
- Nunca (4)
- No sabe/ No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

8. CONSUMOS DE MEDICAMENTOS OPIOIDES SIN RECETA O SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA (MO)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de medicamentos opioides sin receta o sin prescripción médica. Algunos medicamentos opioides a veces son usados para calmar dolores fuertes o moderados. Piense en medicamentos como Morfina, Tramadol, Oxycodona, Codeína, Fentanilo u otros, que haya consumido sin receta o prescripción médica. No incluya analgésicos no opioides de venta libre como Ibuprofeno, Paracetamol, etc.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido medicamentos opioides sin prescripción médica?

- Sí, durante los últimos 30 días (1)
 - Sí hace más de 1 mes, pero menos de 1 año (2)
 - Sí, hace más de 1 año (3)
 - No sabe / No recuerda (no leer) (98)
 - Nunca consumió (4)
 - No contesta (no leer) (99)
- } Pase a **BLOQUE 9 (Página 27)**

2. ¿Qué edad tenía cuando probó medicamentos opioides sin prescripción médica por primera vez?

Edad en años cumplidos:

No sabe / No recuerda (*no leer*)

 (98)

No contesta (*no leer*)

 (99)

9. MARIHUANA: USOS RECREATIVOS (MA) Y USOS MEDICINALES (CM)

USOS RECREATIVOS (MA): A continuación, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con los consumos de marihuana. Considere en sus respuestas cualquier tipo y forma de marihuana, excluya los usos que son exclusivamente terapéuticos o medicinales.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido marihuana?

Sí

 (1)

No

 (2)

No contesta (*no leer*)

 (99)

} **Pase a P22 (Página 32)**

2. ¿La primera vez que consumió marihuana fue...

...durante los últimos 30 días?

 (1)

...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año?

 (2)

...hace más de 1 año?

 (3)

No sabe / No recuerda (*no leer*)

 (98)

No contesta (*no leer*)

 (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió marihuana por primera vez?

Edad en años cumplidos:

No sabe / No recuerda (*no leer*)

 (98)

No contesta (*no leer*)

 (99)

4. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido marihuana alguna vez?

Sí

 (1)

No

 (2)

No contesta (*no leer*)

 (99)

} **Pase a P8 (Página 29)**

5. En el período en el que más consumió marihuana en su vida, ¿con qué frecuencia llegó a hacerlo?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Una sola vez | <input type="checkbox"/> | (1) | } Pase a P22 (Página 32) |
| Algunas veces durante UN año | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| Algunas veces durante VARIOS años | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| Diariamente, durante UN año | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| Diariamente, durante VARIOS años | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

6. ¿Qué edad tenía cuando consumió marihuana por última vez?

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| Edad en años cumplidos | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| No sabe/ No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) |

7. ¿Por qué motivos no consumió en el último año? Mostrar TARJETA N°4 (*Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan*)

- | | | | |
|--|--------------------------|------|--------------------------|
| Porque no tuvo ganas | <input type="checkbox"/> | (1) | } Pase a P22 (Página 32) |
| Porque tuvo dificultades para estudiar y/o trabajar cuando consumía | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| Porque tuvo discusiones o conflictos con sus familiares cuando consumía | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| Porque tuvo malestares físicos o psíquicos o afectivos cuando consumía o después de consumir | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| Por miedo a generar una adicción y/o posibles consecuencias de su salud | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| Por indicación profesional | <input type="checkbox"/> | (6) | |
| Por el costo económico | <input type="checkbox"/> | (7) | |
| Porque no se dio la oportunidad o dejó de ver a las personas con las que consumía | <input type="checkbox"/> | (8) | |
| Otros. ¿Cuáles?..... | <input type="checkbox"/> | (9) | |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

8. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido marihuana?

- Una sola vez (1)
Algunas veces durante los últimos 12 meses (2)
Algunas veces mensualmente (3)
Algunas veces semanalmente (4)
Diariamente (5)
No contesta (*no leer*) (99)

9. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue la forma más frecuente en la que consumió marihuana?

- Fumada (cigarrillos, porros, pipas) (1)
Vaporizada (pipa de agua, vaporizador) (2)
Ingerida en alimentos (brownies, bombones, galletas, otros) (3)
Ingerida en infusiones en agua, té, leche o derivados lácteos (4)
En aceites o tinturas (5)
Otra. ¿Cuál? (6)
No contesta (*no leer*) (99)

10. En los últimos 12 meses, ¿qué tipo de marihuana consumió con mayor frecuencia?

- Marihuana prensada o “paraguayo” (1)
Flores de marihuana (2)
Marihuana Shunk o de alta potencia (marihuana “cripy” o “creepy”) (3)
Hachís (4)
Otro tipo. ¿Cuál? (5)
No contesta (*no leer*) (99)

11. En los últimos 12 meses, ¿cómo obtuvo más frecuentemente la marihuana que consumió?

- Compró (1)
Alguien compró por usted (2)
Es de autocultivo (3)
Le convidaron / regalaron (4)
Otra forma de obtención. ¿Cuál? (5)
No contesta (*no leer*) (99)

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

12. Pensando en los últimos 12 meses, ¿cuáles cree que son los motivos por los que consumió marihuana? Mostrar TARJETA N°2 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Por placer, curiosidad (búsqueda de nuevas experiencias) (1)
- Para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos) (2)
- Para desinhibirse o socializar (3)
- Para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales) (4)
- Para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar) (5)
- Por presión grupal o social (6)
- Por costumbre, tradición o hábito (7)
- Por sentir soledad y/o abandono (8)
- Otros. ¿Cuáles? (9)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

13. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue el lugar o situación más frecuente donde consumió marihuana?

- En su casa (1)
- En la casa de amigos/as o pareja (2)
- En un lugar público (calle, esquina, plaza, parque) (3)
- En un evento público (deportivo, musical, cultural, manifestación) (4)
- En un boliche, bar o restaurante (en la entrada, en el patio, en el baño) (5)
- En una fiesta (cumpleaños, casamiento, etc.) (6)
- En el trabajo (7)
- Otro lugar o situación. (8)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

14. En los últimos 12 meses, ¿Con quién/es consumió marihuana más frecuentemente?

- Solo/a (1)
- Con amigos/as (2)
- Con familiares (3)
- Con su pareja (4)
- Con compañeros/as de trabajo o estudio (5)
- Con otros/as conocidos/as (6)
- Con desconocidos/as (7)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

15. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido marihuana en la misma ocasión (entendiendo por "ocasión" un plazo de dos horas) junto con...?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
...bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...tabaco?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...cocaína?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
...otras drogas? (especificar).....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

16. En los últimos 12 meses, ¿ha intentado sin éxito dejar de consumir marihuana?

Sí	<input type="checkbox"/> (1)
No	<input type="checkbox"/> (2)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

17. Pensando en los últimos 12 meses, al consumir marihuana ¿ha tomado algunos de estos recaudos para cuidarse de los posibles efectos no deseados? Mostrar TARJETA N°3 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

Mantenerse hidratado o alimentarse antes de consumir	<input type="checkbox"/> (1)	} Pase a P19 (Página 32)
Buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) y/o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra	<input type="checkbox"/> (2)	
Consumir en un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido)	<input type="checkbox"/> (3)	
Planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.)	<input type="checkbox"/> (4)	
Regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.)	<input type="checkbox"/> (5)	
Intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados	<input type="checkbox"/> (6)	
Evitar la mezcla de sustancias	<input type="checkbox"/> (7)	
Otros. ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> (8)	
No toma ningún recaudo	<input type="checkbox"/> (9)	} Pase a P19 (Página 32)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)	

18. No toma ningún recaudo porque ¿... (Marque una sola opción de respuesta)

...elige asumir el riesgo de los posibles efectos no deseados del consumo?	<input type="checkbox"/> (1)
...opina que no le produce efectos negativos y/o no siente la necesidad de tomar recaudos?	<input type="checkbox"/> (2)
...aunque lo considera necesario no puede tomarlos (por presión social, por dependencia, por motivos económicos, etc.)?	<input type="checkbox"/> (3)
...otros ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> (4)
No sabe / No recuerda (no leer)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

19. En los últimos 30 días, ¿ha consumido marihuana alguna vez?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------|--------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| No | <input type="checkbox"/> | (2) | } Pase a P22 |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

20. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha consumido marihuana?

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------------|--------------------------|------|
| Una sola vez | <input type="checkbox"/> | (1) | Diariamente | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Algunas veces durante los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> | (2) | No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) |
| Algunas veces semanalmente | <input type="checkbox"/> | (3) | | | |

21. La siguiente foto corresponde a $\frac{1}{2}$ gramo de marihuana. Pensando en los últimos 30 días, ¿cuánta marihuana consumió? **Mostrar TARJETA N°5** (Anote la cantidad de gramos y/o cantidad de cigarrillos/porros según la forma de consumo de marihuana)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------|
| Anote la cantidad de gramos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) |
| Anote la cantidad de cigarrillos o porros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) |

A TODOS/AS

22. Varios países han regulado el mercado de marihuana para uso recreativo. ¿Ha escuchado o está informado sobre eso?

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------|--------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| No | <input type="checkbox"/> | (2) | } Pase a P24 |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

23. En términos generales, ¿está de acuerdo con las leyes que regulan el mercado en esos países?

- | | | | |
|--|--------------------------|------|--|
| Sí | <input type="checkbox"/> | (1) | |
| No | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

24. ¿Usted estaría de acuerdo o en desacuerdo con que en el país hubiera una ley que regule el mercado de marihuana para fines recreativos?

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----|--|--------------------------|------|
| Muy de acuerdo | <input type="checkbox"/> | (1) | Muy en desacuerdo | <input type="checkbox"/> | (5) |
| De acuerdo | <input type="checkbox"/> | (2) | No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (98) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> | (3) | No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> | (99) |
| En desacuerdo | <input type="checkbox"/> | (4) | | | |

25. ¿Cree que el consumo de marihuana está relacionado de algún modo con alguna de estas situaciones? (Marque una opción por cada fila)

	Mucho	Poco	Nada	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
Accidentes o siniestros viales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas familiares	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas de salud física y mental	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Dificultades escolares y/o laborales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Violencia doméstica y/o de género	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Hechos violentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

USOS MEDICINALES (CM): A continuación, le haré algunas preguntas sobre el uso de marihuana con fines exclusivamente terapéuticos o medicinales.

1. ¿Alguna vez en la vida ha usado marihuana con fines terapéuticos o medicinales?

- Sí, durante el último mes (1)
- Sí, hace más de un mes, pero menos de 1 año (2)
- Sí, pero hace más de un año (3)
- Nunca usé (4)
- No contesta (no leer) (99)
- Pase a P3 (Página 34)**

2. ¿Qué tipo de productos ha utilizado? (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
Aceite	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Tinturas madre	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Chicles	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Flores	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Cera	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Comprimidos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Cápsulas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Cremas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Parches	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Óvulos vaginales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otro. ¿Cuál?.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

Pase a BLOQUE 10 (Página 34)

3. ¿Está pensando o ha pensado alguna vez en utilizar marihuana para tratar alguna dolencia, enfermedad o síntoma?

- Sí (1)
No (2)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

10. CONSUMOS DE COCAÍNA (CO)

COCAÍNA (CO): A continuación, le haré algunas preguntas sobre el consumo de cocaína.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido cocaína?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a P19 (Página 39)**

2. ¿La primera vez que probó cocaína fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
...hace más de 1 año? (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió cocaína por primera vez?

- Edad en años cumplidos:
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

4. ¿En los últimos 12 meses, ha consumido cocaína alguna vez?

- Sí (1) } **Pase a P8 (Página 36)**
No (2)
No contesta (*no leer*) (99)

5. En el pasado, ¿Con qué frecuencia consumió cocaína? Piense en el momento de mayor consumo

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Una sola vez | <input type="checkbox"/> (1) | } Pase a P19 (Página 39) |
| Algunas veces durante UN año | <input type="checkbox"/> (2) | |
| Algunas veces durante VARIOS años | <input type="checkbox"/> (3) | |
| Diariamente, durante UN año | <input type="checkbox"/> (4) | |
| Diariamente, durante VARIOS años | <input type="checkbox"/> (5) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) | |

6. ¿Qué edad tenía cuando consumió cocaína por última vez?

- | | |
|--|---|
| Edad en años cumplidos: | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) |

7. En los últimos 12 meses ¿Por qué motivos no consumió cocaína? Mostrar TARJETA N°4 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| Porque no tuvo ganas | <input type="checkbox"/> (1) | } Pase a P19 (Página 39) |
| Porque tuvo dificultades para estudiar y/o trabajar cuando consumía | <input type="checkbox"/> (2) | |
| Porque tuvo discusiones o conflictos con sus familiares cuando consumía | <input type="checkbox"/> (3) | |
| Porque tuvo malestares físicos o psíquicos o afectivos cuando consumía o después de consumir | <input type="checkbox"/> (4) | |
| Por miedo a generar una adicción y/o posibles consecuencias de su salud | <input type="checkbox"/> (5) | |
| Por indicación profesional | <input type="checkbox"/> (6) | |
| Por el costo económico | <input type="checkbox"/> (7) | |
| Porque no se dio la oportunidad o dejó de ver a las personas con las que consumía | <input type="checkbox"/> (8) | |
| Otros. ¿Cuáles?..... | <input type="checkbox"/> (9) | |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) | |

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses ...”

8. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína?

- Una sola vez (1)
- Algunas veces durante los últimos 12 meses (2)
- Algunas veces mensualmente (3)
- Algunas veces semanalmente (4)
- Diariamente (5)
- No contesta (*no leer*) (99)

9. Y de estas formas de consumo, en los últimos 12 meses ¿cuál fue la más frecuente?

- Fumada (cigarrillos) (1)
- Esnifada (2)
- Inyectada (3)
- Otra. ¿Cuál? (4)
- No contesta (*no leer*) (99)

10. Pensando en los últimos 12 meses, ¿cuáles cree que son los motivos por los que consumió cocaína?

Mostrar TARJETA N°2 (*Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan*)

- Por placer, curiosidad (búsqueda de nuevas experiencias) (1)
- Para relajarse (dormir, calmar nervios o dolores físicos) (2)
- Para desinhibirse o socializar (3)
- Para enfrentar situaciones difíciles (conflictos familiares, económicos, o laborales) (4)
- Para estimularse o estar alerta (rendir más, trabajar) (5)
- Por presión grupal o social (6)
- Por costumbre, tradición o hábito (7)
- Por sentir soledad y/o abandono (8)
- Otros. ¿Cuáles? (9)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

11. Pensando en los últimos 12 meses, ¿cuál fue el lugar o situación más frecuente donde consumió cocaína? (Marque una única opción)

- En su casa (1)
- En la casa de sus amigos/as o pareja (2)
- En un lugar público (calle, esquina, plaza, parque) (3)
- En un evento público (deportivo, musical, cultural, manifestación) (4)
- En un boliche, bar o restaurante (en la entrada, en el patio, en el baño) (5)
- En una fiesta (cumpleaños, casamiento, etc.) (6)
- En el trabajo (7)
- Otro lugar o situación (8)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

12. En los últimos 12 meses, ¿con quién/es consumió cocaína más frecuentemente? (Marque una única opción)

- Solo/a (1)
- Con amigos/as (2)
- Con familiares (3)
- Con su pareja (4)
- Con compañeros/as de trabajo o estudio (5)
- Con otros/as conocidos/as (6)
- Con desconocidos/as (7)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

13. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido cocaína, en la misma ocasión (entendiendo por “ocasión” un plazo de dos horas) junto con...?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
... bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
... tabaco?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
... marihuana?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otras drogas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

14. Pensando en los últimos 12 meses, al consumir cocaína ¿ha tomado algún recaudo para cuidarse de los posibles efectos no deseados? Mostrar TARJETA N°3 (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|
| Mantenerse hidratado o alimentarse antes de consumir | <input type="checkbox"/> (1) | } Pase a P16 |
| Buscar información previamente (indagar sus posibles efectos, etc.) y/o tener en cuenta la calidad de lo que se consume o compra | <input type="checkbox"/> (2) | |
| Consumir en un lugar seguro (con personas de confianza, avisar o hablar con alguien conocido) | <input type="checkbox"/> (3) | |
| Planificar los días de consumo (fines de semana, días festivos, vacaciones, etc.) | <input type="checkbox"/> (4) | |
| Regular la cantidad de consumo (establecer de antemano la cantidad que va a consumir, esperar un tiempo antes de consumir una nueva dosis, etc.) | <input type="checkbox"/> (5) | |
| Intercalar con otras sustancias para evitar efectos no deseados | <input type="checkbox"/> (6) | |
| Evitar la mezcla de sustancias | <input type="checkbox"/> (7) | |
| Otros. ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> (8) | |
| No toma ningún recaudo | <input type="checkbox"/> (9) | } Pase a P16 |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) | |

15. No toma ningún recaudo porque ¿... (Marque una sola opción de respuesta)

- | | |
|---|-------------------------------|
| ... elige asumir el riesgo de los posibles efectos no deseados del consumo? | <input type="checkbox"/> (1) |
| ... opina que no le produce efectos negativos y/o no siente la necesidad de tomar recaudos? | <input type="checkbox"/> (2) |
| ... aunque lo considera necesario, no puede tomarlos (por presión social, por dependencia, por motivos económicos, etc.)? | <input type="checkbox"/> (3) |
| Otros. ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> (4) |
| No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (98) |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) |

16. En los últimos 30 días, ¿ha consumido cocaína alguna vez?

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Sí | <input type="checkbox"/> (1) | } Pase a P19 (Página 39) |
| No | <input type="checkbox"/> (2) | |
| No contesta (<i>no leer</i>) | <input type="checkbox"/> (99) | |

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

17. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha consumido cocaína?

- Una sola vez (1)
Algunas veces durante los últimos 30 días (2)
Algunas veces semanalmente (3)
Diariamente (4)
No contesta (no leer) (99)

18. Pensando en los últimos 30 días, ¿cuántos gramos de cocaína consume en un mes típico de consumo? (si es menos de 1 anotar 1)

- Cantidad de gramos
No sabe / No recuerda (no leer) (98)
No contesta (no leer) (99)

A TODOS/AS

19. ¿Cree que el consumo de cocaína está relacionado de algún modo con alguna de estas situaciones? (Marque una opción por cada fila)

	Mucho	Poco	Nada	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
Accidentes o siniestros viales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas familiares	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Problemas de salud física y mental	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Dificultades escolares y/o laborales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Violencia doméstica y/o de género	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Hechos violentos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

11. CONSUMOS DE ALUCINÓGENOS (AL)

ALUCINÓGENOS (AL): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de alucinógenos, tales como LSD, peyote, San Pedro, PCP, "pepa", mescalina u otras.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido alucinógenos?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (no leer) (99) } **Pase a BLOQUE 12 (Página 41)**

2. ¿La primera vez que consumió alucinógenos fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
...hace más de 1 año? (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (99)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió alucinógenos por primera vez?

- Edad en años cumplidos:
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

4. ¿Qué tipo de alucinógenos consumió en su vida?

- Alucinógenos sintéticos (como LSD, PCP, micro punto, estrella roja, etc.) (1)
Alucinógenos naturales (como peyote, San Pedro, mescalina, etc.) (2)
Ambos tipos de alucinógenos (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

5. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alucinógenos?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 12 (Página 41)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

6. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido alucinógenos?

- Una sola vez (1)
Alguna vez en el último año (2)
Algunas veces por mes (3)
Algunas veces por semana (4)
Diariamente (5)
No contesta (*no leer*) (99)

7. En los últimos 30 días, ¿ha consumido alucinógenos?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 12**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

8. ¿En los últimos 30 días, consumió alucinógenos? (*Anote 98 no sabe/ no recuerda, 99 no contesta*) N° de días (*de 1 a 30*)

Cantidad de días

12. CONSUMOS DE ÉXTASIS (EX)

ÉXTASIS (EX): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre consumo de éxtasis. Piense en sustancias como MD, MDMA, “pasti”, cristal, Molly, etc.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido éxtasis?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 13 (Página 43)**

2. ¿La primera vez que consumió éxtasis fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
...hace más de 1 año? (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió éxtasis por primera vez?

Edad en años cumplidos

No sabe/ No recuerda (*no leer*)

 (98)

No contesta (*no leer*)

 (99)

4. ¿En los últimos 12 meses, ha consumido éxtasis?

Sí

 (1)

No

 (2)

No contesta (*no leer*)

 (99)

} Pase a **BLOQUE 13 (Página 43)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido éxtasis?

Una sola vez

 (1)

Algunas veces durante los últimos 12 meses

 (2)

Algunas veces mensualmente

 (3)

Algunas veces semanalmente

 (4)

Diariamente

 (5)

No contesta (*no leer*)

 (99)

6. ¿En los últimos 30 días, ha consumido éxtasis?

Sí

 (1)

No

 (2)

No contesta (*no leer*)

 (99)

} Pase a **BLOQUE 13 (Página 43)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

**7. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió éxtasis? (Anote 98 no sabe / no recuerda, 99 no contesta)
N° de días (de 1 a 30)**

Cantidad de días

8. En los últimos 30 días, ¿cuántas pastillas llegó a tomar como máximo en UN SOLO DÍA?

(Anote 98 no sabe / no recuerda, 99 no contesta)

Cantidad de pastillas

9. ¿En los últimos 30 días, ha consumido alguna bebida alcohólica al mismo tiempo que usaba éxtasis?

- Sí (1)
No (2)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

13. CONSUMOS DE PASTA BASE y/o PACO (PB)

PASTA BASE y/o PACO (PB): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de pasta base y/o paco

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido pasta base y/o paco?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 14 (Página 44)**

2. ¿La primera vez que consumió pasta base y/o paco fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
...hace más de 1 año? (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió pasta base y/o paco por primera vez?

- Edad en años cumplidos:
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

4. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido pasta base y/o paco?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 14 (Página 44)**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses...”

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido pasta base y/o paco?

- Una sola vez (1)
Alguna vez en el último año (2)
Algunas veces por mes (3)
Algunas veces por semana (4)
Diariamente (5)
No contesta (*no leer*) (99)

6. En los últimos 30 días, ¿ha consumido pasta base y/o paco?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } Pase a **BLOQUE 14**

“Para las siguientes preguntas piense en los últimos 30 días...”

7. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió pasta base y/o paco? (*Anote 98 no sabe / no recuerda, 99 no contesta*) N° de días (de 1 a 30)

Cantidad de días

8. Aproximadamente, ¿cuántos paquetitos/papelitos de pasta base o cigarrillos de paco consume al mes? (*Anote 98 no sabe / no recuerda, 99 no contesta*)

Cantidad de paquetitos

14. INHALABLES y/o SOLVENTES (IN)

INHALABLES y/o SOLVENTES (IN): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de sustancias inhalables y/o solventes. Piense en sustancias como popper, naftas, kerosene, bencina, productos de limpieza, pegamentos con tolueno, pinturas, lacas, thinner, etc.

1. Alguna vez en la vida, ¿ha consumido inhalables y/o solventes?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } Pase a **BLOQUE 15 (Página 46)**

2. ¿La primera vez que consumió inhalables y/o solventes fue...

- ...durante los últimos 30 días? (1)
...hace más de 1 mes, pero menos de 1 año? (2)
...hace más de 1 año? (3)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Qué edad tenía cuando consumió inhalables y/o solventes por primera vez?

- Edad en años cumplidos
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

4. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido inhalables y/o solventes?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 15 (Página 46)**

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido inhalables y/o solventes?

- Una sola vez (1)
Alguna vez en el último año (2)
Algunas veces por mes (3)
Algunas veces por semana (4)
Diariamente (5)
No contesta (*no leer*) (99)

6. En los últimos 30 días, ¿ha consumido inhalables y/o solventes?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99)

15. CONSUMOS DE INYECTABLES (INY)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de inyectables. Diversas sustancias que puedan inyectarse por vía intravenosa, por vía intramuscular o por vía subcutánea tales como alcohol, cocaína, anfetaminas, heroína, morfina, petidina u otras similares.

1. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna de las siguientes sustancias?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (no leer)	No contesta (no leer)
Alcohol	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Cocaína	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Anfetaminas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Heroína	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Morfina, Petidina o similares	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Otras drogas (especificar)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

Pase a
**BLOQUE
16
(Página
47)**

SÓLO A QUIENES RESPONDIERON SI EN INY1

2. ¿Y cuándo fue la última vez que se inyectó?

Durante los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> (1)
Hace más de 1 mes, pero menos de 1 año	<input type="checkbox"/> (2)
Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> (3)
No sabe / no recuerda (no leer)	<input type="checkbox"/> (98)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

Pase a **BLOQUE 16 (Página 47)**

3. En los últimos 12 meses, ¿ha compartido alguna vez con otra persona jeringas o cualquier otro material de inyección? (toallas de algodón y gasas, cucharas, gomas...)

Sí	<input type="checkbox"/> (1)
No	<input type="checkbox"/> (2)
No contesta (no leer)	<input type="checkbox"/> (99)

16. CONSUMOS DE OTRAS DROGAS

OTRAS DROGAS (OD): Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre los consumos de otras sustancias. (Las preguntas 2, 3 y 4 solo se realizan a quienes responden afirmativamente haber consumido “alguna vez en la vida”, alguna de estas sustancias)

	1. ¿Ha consumido alguna vez en la vida?		2. ¿Ha consumido alguna vez en los últimos 12 meses?		3. ¿Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días?		4. Edad en que la consumió por 1º vez en su vida	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO		
Metanfetamina (Meta, hielo, cristal)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetamina (Anfeta)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamina (Keta, vitamina K, súper K, CK o Calvin Klein, Mary-Kay o María-K).	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB (Líquido X, éxtasis líquido, chico casero de Georgia, Oop, Gamma-oh, daño corporal grave, Mils, “G”, Líquido G, Fantasía).	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo de sustancias (nuevas sustancias que pueden presentarse en forma de hierbas, pastillas, polvos, inciensos, etc.) Especifique.....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

SOLO PARA AQUELLOS QUE HAYAN DECLARADO USO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

1. A continuación le voy a leer una serie de situaciones para que Ud. me indique si ha vivido alguna de ellas en relación a su consumo de alcohol y/o drogas. PIENSE SOLAMENTE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CON RELACIÓN A SU CONSUMO ...

	No 1	Sí, solo por Alcohol 2	Sí, solo por Drogas 3	Sí, por alcohol y drogas 4	No sabe / No contesta (no leer) 5
¿Ha tenido Ud. problemas con la policía u otra fuerza de seguridad a causa del consumo de alcohol o alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha tenido problemas en sus actividades laborales o domésticas, en la universidad o el colegio (ejemplo: despido, abandono, falta) a causa de malestares que puedan deberse al uso de alcohol o alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha conducido algún vehículo (como auto, moto, colectivo, camión, bicicleta, lancha, otros) después de haber consumido alguna bebida alcohólica u otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito que pueda haberse debido al uso de alcohol o de alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha sufrido algún accidente doméstico que pueda haberse debido al uso de alcohol o de alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo que pueda haberse debido al uso de alcohol o de alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha tenido que endeudarse o vender algo para procurarse de alcohol u otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha tenido que enfrentar alguna ruptura o conflicto con alguno de sus seres queridos como pareja, familiares, amigos a causa del alcohol o de alguna otra droga?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
¿Ha padecido violencia sexual o alguna persona se ha sobrepasado con Ud. estando Ud. bajo el efecto del alcohol u otras sustancias?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)

18. CUIDADOS PROPIOS, HACIA OTROS Y DEMANDA DE TRATAMIENTO

SOLO PARA AQUELLOS QUE HAYAN DECLARADO USO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

1. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez se ha sentido preocupado/a por su forma de consumir alguna sustancia, incluyendo alcohol, tabaco y otras drogas?.

Sí

(1)

No

(2)

No sabe / No contesta (*no leer*)

(98)

} Pase a P10 (*Página 52*)

2. Indique si el consumo de algunas de estas sustancias le ha generado preocupación ...
(Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

Tabaco

(1)

Alcohol

(2)

Psicofármacos (tranquilizantes o estimulantes)

(3)

Marihuana

(4)

Cocaína

(5)

Solventes e inhalantes

(7)

Paco / Pasta base

(8)

Éxtasis

(9)

Alucinógenos como LSD

(10)

Medicamentos opioides

(11)

Otra (¿Cuál?):

(12)

No puede distinguir

(13)

No contesta (*no leer*)

(99)

3. ¿Intentó hacer algo al respecto atendiendo a esa preocupación?

Sí

(1)

No

(2)

No contesta (*no leer*)

(99)

} Pase a P5 (*Página 50*)

} Pase a P10 (*Página 52*)

4. ¿Por qué motivos no atendió a esa preocupación? (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| No lo creyó necesario | <input type="checkbox"/> | (1) | } Pase a P10 (Página 52) |
| No supo a quién recurrir | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| Sintió miedo / vergüenza | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| No pudo | <input type="checkbox"/> | (4) | |
| Otro | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| No sabe / No recuerda (no leer) | <input type="checkbox"/> | (98) | |
| No contesta (no leer) | <input type="checkbox"/> | (99) | |

5. ¿Qué tipo de acciones llevó adelante? (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--------------------------|------|--------------------------|
| Prácticas de autocuidado (actividad física, búsqueda de información, actividades espirituales, otras) | <input type="checkbox"/> | (1) | } Pase a P10 (Página 52) |
| Consultó con su red afectiva (amigos/as, familiares, pareja) | <input type="checkbox"/> | (2) | |
| Acudió a su red comunitaria (vecinos/as, iglesia, organizaciones barriales, comedor, club, otras) | <input type="checkbox"/> | (3) | |
| Concurrió a alguna institución de salud (hospital, salita, centro de atención por consumos, etc.) o acudió a algún profesional de salud. | <input type="checkbox"/> | (4) | } Pase a P10 (Página 52) |
| Concurrió a otro tipo de institución (escuela, Centro de Acceso a la Justicia, Oficina de la mujer, etc.) | <input type="checkbox"/> | (5) | |
| No contesta (no leer) | <input type="checkbox"/> | (98) | |

6. ¿A qué lugares de ayuda, cuidados o asistencia recurrió? (Esperar la respuesta espontánea y marcar todas las que correspondan, caso contrario, leer las opciones).

- | | | |
|--|--------------------------|------|
| Profesional particular (psicólogo/a, psiquiatra, médico/a, trabajador/a social u otro) | <input type="checkbox"/> | (1) |
| Hospital general / Centro de salud | <input type="checkbox"/> | (2) |
| Hospital/centro de salud mental | <input type="checkbox"/> | (3) |
| Centro de atención por consumo de sustancias | <input type="checkbox"/> | (4) |
| Comunidad Terapéutica | <input type="checkbox"/> | (5) |
| Grupo de autoayuda para problemas por consumo (Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, grupos de ayuda mutua u otros) | <input type="checkbox"/> | (6) |
| Servicio gratuito de línea telefónica | <input type="checkbox"/> | (7) |
| Otro ¿Cuál?: (especificar)..... | <input type="checkbox"/> | (8) |
| No contesta (no leer) | <input type="checkbox"/> | (99) |

7. En los últimos 12 meses, ¿Está o estuvo en tratamiento por consumo de sustancias?

- Si, está en tratamiento actualmente (1)
Sí, estuvo en tratamiento alguna vez pero no está actualmente (2)
Nunca estuvo en tratamiento en los últimos 12 meses (3)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a P10 (Página 52)**

8. ¿En qué lugares de ayuda, recibió tratamiento? (*Esperar la respuesta espontánea y marcar todas las que correspondan, caso contrario, leer las opciones*).

- Consultorio particular (psicólogo/a, psiquiatra, médico/a, trabajador/a social u otro) (1)
Hospital general / Centro de salud (2)
Hospital/centro de salud mental (3)
Centro de atención por consumo de sustancias (4)
Comunidad Terapéutica (5)
Grupo de autoayuda para problemas por consumo (Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, grupos de ayuda mutua u otros) (6)
Servicio gratuito de línea telefónica (7)
Otro ¿Cuál?: (8)
No contesta (*no leer*) (99)

9. ¿Y por el consumo de qué sustancia estuvo o está en tratamiento? (*Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan*)

- Tabaco (1)
Alcohol (2)
Psicofármacos (tranquilizantes o estimulantes) (3)
Marihuana (4)
Cocaína (5)
Solventes e inhalantes (6)
Paco / Pasta base (7)
Éxtasis (8)
Alucinógenos como LSD (9)
Medicamentos opioides (10)
Otra ¿Cuál?: (11)
No puede distinguir (12)
No contesta (*no leer*) (99)

10. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha sentido preocupación por el consumo de un familiar/ amigo/conocido?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 19 (Página 53)**

11. ¿Ha buscado ayuda, tratamiento o asistencia de algún tipo para esa persona?

- Sí (1)
No (2)
No contesta (*no leer*) (99) } **Pase a BLOQUE 19 (Página 53)**

12. ¿A quién o a qué lugares recurrió buscando ayuda? (Lea las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

- Acudió a su red afectiva (amigos/as, familiares, pareja) (1)
Acudió a su red comunitaria (vecinos/as, iglesia, organizaciones barriales, otras) (2)
Concurrió a alguna institución de salud (3)
Centro de atención por consumo de sustancias (4)
No contesta (*no leer*) (99)

19. PERCEPCION DE RIESGO (PR)

A TODOS/AS

1. ¿Alguna vez ha sentido curiosidad por probar alguna droga que no haya consumido? Considere marihuana, cocaína, pasta base y/o paco, éxtasis u otras drogas.

- Sí (1)
 No (2)
 No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
 No contesta (*no leer*) (99)

2. Si tuviera la ocasión ¿probaría alguna droga que aún no haya consumido? Considere marihuana, cocaína, pasta base y/o paco, éxtasis u otras drogas.

- Sí (1)
 No (2)
 No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
 No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas? (Si responde "me sería fácil" en alguna de las sustancias, entonces se le hace la pregunta siguiente respecto de esa sustancia en el plazo de 24 horas)

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil	
Marihuana	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	} Pase a P5 (Página 54)
Cocaína	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	
Pasta base y/o paco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	
Éxtasis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	
Alucinógenos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	
Otras drogas de síntesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	
Otras (especificar).....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	

4. ¿Cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes drogas en un plazo de 24 horas?

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
Marihuana	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Cocaína	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Pasta base y/o paco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Éxtasis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Alucinógenos	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Otras drogas de síntesis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)
Otras (especificar).....	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)

5. ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de estas drogas, sea para comprar o probar?

	Hace más de un año	Hace más de 1 mes pero menos de 1 año	Durante los últimos 30 días	Nunca me han ofrecido	No contesta (no leer)
Marihuana	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Cocaína	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Pasta base y/o paco	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Éxtasis	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)

6. ¿Cuál cree Ud. que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de las siguientes cosas? (Lea todas las opciones de respuesta y marque todas las que correspondan)

	Ningún Riesgo 1	Riesgo Leve 2	Riesgo Moderado 3	Gran Riesgo 4	No sé qué riesgo corre 5
Fumar cigarrillos frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Tomar tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Tomar tranquilizantes sin prescripción médica frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Tomar estimulantes sin prescripción médica alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Tomar estimulantes sin prescripción médica frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Inhalar pegamentos, pinturas, lacas, desodorantes, gasolina o cosas similares frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Fumar marihuana alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Fumar marihuana frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Fumar pasta base y/o paco alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Fumar pasta base y/o paco frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Consumir cocaína alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Consumir cocaína frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Inhalar Popper alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Inhalar Popper frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Usar éxtasis alguna vez	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
Usar éxtasis frecuentemente	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

A TODOS/AS

1. ¿Cómo calificaría el consumo de drogas en su barrio?

- Grave (1)
Moderado (2)
Leve (3)
No existe (4)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

2. ¿Sabe si hay lugares o pasajes, calles o zonas dentro de su barrio donde se venden drogas ilegales?

- Sí (1)
No (2)
No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
No contesta (*no leer*) (99)

3. ¿Cree que, en los últimos dos años, el consumo de drogas en el país ...

- ... ha aumentado? (1)
- ... ha disminuido? (2)
- ... se ha mantenido igual? (3)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

4. ¿Cree que, en los próximos años, el consumo de drogas...

- ... va a aumentar? (1)
- ... va a disminuir? (2)
- ... se va a mantener igual? (3)
- No sabe / No recuerda (*no leer*) (98)
- No contesta (*no leer*) (99)

5. ¿Cree que el tema de las drogas se encuentra entre las preocupaciones centrales de las siguientes autoridades?

	Sí	No	No sabe / No recuerda (<i>no leer</i>)	No contesta (<i>no leer</i>)
Autoridades municipales	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Gobierno provincial	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)
Gobierno nacional	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (98)	<input type="checkbox"/> (99)

6. ¿Cuán de acuerdo está con las siguientes frases? Mostrar TARJETA N°6. Ahora le voy a leer algunas frases, y ud. me dirá qué grado de acuerdo tiene con ellas. (Leer todas las categorías de respuesta)

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe / no contesta (no leer)
La prevención del consumo de drogas debería ser obligatoria en las escuelas	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
La tenencia de drogas para consumo personal no debería ser castigada con penas de cárcel	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Contrataría a una persona que terminó un tratamiento por consumo de sustancias	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Si recibe apoyo económico, se beneficiaría a una persona en situación de vulnerabilidad que realiza tratamiento por consumo de drogas.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
El consumo de tabaco, alcohol o psicofármacos puede ser tanto o más problemático que el de otras drogas.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
El consumo problemático de drogas es una enfermedad crónica y progresiva.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
El consumo problemático de drogas se inicia como consecuencia de la exclusión social.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Los consumos problemáticos de drogas deben ser abordados por servicios de salud mental.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)
Los consumos problemáticos de drogas deben ser abordados por instituciones de seguridad.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (99)

7. ¿Conoce algún espacio de atención o programa de prevención por consumo de sustancias que exista en su barrio o municipio?

- Sí (1)
- No (2)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

Fin de la encuesta
¡Muchas gracias por su participación!

8. Y ¿cómo calificaría a ese espacio de atención o programa de prevención por consumos?

- Bueno (1)
- Regular (2)
- Malo (3)
- No sabe / No recuerda (no leer) (98)
- No contesta (no leer) (99)

Fin de la encuesta
¡Muchas gracias por su participación!