

D.R. © 2002. **Cuestionario. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA 2002)**
Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente”
Calzada México-Xochimilco Núm. 101,
Colonia San Lorenzo Huipulco, 14370,
Deleg. Tlalpan, México, D.F.

Impreso en México

MIGRACIÓN

<p>A1. ¿Habla usted algún otro idioma que no sea español?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a preg. A2 <input type="radio"/> ② No → Salte a preg. A4 </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A2. ¿Cuál(es)?</p> <p> <input type="radio"/> ① Indígena _____ Especifique </p> <p> <input type="radio"/> ② Inglés <input type="radio"/> ③ Francés <input type="radio"/> ④ Otro _____ Especifique </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A3. Cuando usted habla con alguien de su familia (espos(a), hijo(a), mamá, papá, ¿Qué idioma utiliza?</p> <p> <input type="radio"/> ① Usualmente en otro idioma <input type="radio"/> ② Usualmente en español <input type="radio"/> ③ Ambos con misma frecuencia </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A4. ¿En qué país nació usted?</p> <p> <input type="radio"/> ① México → Salte a preg. A6 <input type="radio"/> ② Otro _____ → Pase a preg. A5 Especifique </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A5. ¿Cuántos años tenía cuando vino a establecerse en este país?</p> <p> _____ AÑOS Salte a preg. A8 </p> <p> <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A6. ¿Nació usted en esta ciudad o localidad?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Salte a preg. A8 <input type="radio"/> ② No → Pase a preg. A7 </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A7. ¿Cuántos años tenía cuando vino a vivir a esta ciudad o localidad?</p> <p> _____ AÑOS Pase a preg. A8 </p> <p> <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

<p>A8. ¿Sus papás nacieron en este país?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si, ambos <input type="radio"/> ② Si, sólo mi papá <input type="radio"/> ③ Si, sólo mi mamá <input type="radio"/> ④ Ninguno de los dos <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A9. ¿Usted ha ido alguna vez a Estados Unidos?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a preg. A10 <input type="radio"/> ② No → Salte a preg. A12 </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A10. ¿Cuál ha sido el motivo principal de sus viajes?</p> <p> <input type="radio"/> ① Trabajo <input type="radio"/> ② Estudios <input type="radio"/> ③ Vacaciones <input type="radio"/> ④ Otro _____ Especifique </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A11. En total (sin contar vacaciones o viajes rápidos): ¿Cuánto tiempo ha permanecido en los Estados Unidos?</p> <p> <input type="radio"/> ① Menos de un año <input type="radio"/> ② Entre uno y tres años <input type="radio"/> ③ Más de tres años <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A12. ¿Cómo considera su situación económica?</p> <p> <input type="radio"/> ① Muy mala <input type="radio"/> ② Mala <input type="radio"/> ③ Regular <input type="radio"/> ④ Buena <input type="radio"/> ⑤ Muy buena </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<p>A13. ¿Hasta qué edad vivió con sus padres biológicos?</p> <p> <input type="radio"/> ① Padre _____ Años </p> <p> <input type="radio"/> ② Madre _____ Años </p> <p> <input type="radio"/> ③ Aún vive con ambos <input type="radio"/> ④ Nunca vivió con ellos </p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

TABACO		
1. ¿Ha fumado <i>tabaco</i> alguna vez en su vida? ① Si → Pase a preg. 2 ② No → Salte a preg. 15	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Cuántos años tenía cuando fumó <i>tabaco</i> o cigarrillos por primera vez? Edad _____	<input type="text"/>	
3. En toda su vida ¿Ha fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas? ① Si ② No	<input type="checkbox"/>	
4. En los últimos 12 meses, ¿Ha fumado <i>tabaco</i>? ① Si → Pase a preg. 5 ② No → Salte a preg. 14	<input type="checkbox"/>	
5. En los últimos 30 días, ¿Ha fumado <i>tabaco</i>? ① Si → Pase a preg. 6 ② No → Salte a preg. 8	<input type="checkbox"/>	
6. Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos ha fumado diariamente en los últimos 30 días? ① No fuma diario ② De 1 a 5 ③ De 6 a 10 ④ De 11 a 20 ⑤ Más de 20	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarro? (Marque una sola opción) ① Los primeros 5 minutos ② Entre 5 y 30 minutos ③ Entre 31 y 60 minutos ④ Más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a fumar <i>tabaco</i> diariamente? ① Edad _____ ② Nunca ha fumado a diario	<input type="text"/>	
9. ¿Fuma usted más durante las primeras horas del día que durante el resto del día? ① Si ② No ③ Ya no fuma → Salte a preg. 14	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas) ① Si ② No	<input type="checkbox"/>	
11. De los cigarros que fuma durante el día ¿Cuál sería el más difícil de dejar para usted? (Marque una sola opción) ① El primero de la mañana ② El de después de comer ③ Cuando está bajo tensión ④ El del baño ⑤ El de antes de dormir ⑥ Algún otro ⑦ Todos	<input type="checkbox"/>	
12. Cuando se enferma y tiene que permanecer en cama ¿Usted fuma? ① Si ② No	<input type="checkbox"/>	
13. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar? ① Si ② No → Salte a preg. 15	<input type="checkbox"/>	
14. ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? _____ Meses _____ años	<input type="text"/>	
15. De las personas que viven con usted, ¿Cuántos de ellos fuman? (Dé su mejor aproximación) _____ Núm. de personas	<input type="text"/>	

ALCOHOL

"Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con las bebidas alcohólicas"

16. ¿Ha consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol? ① Si → Salte a pregunta 18 ② No → Pase a pregunta 17	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
17. ¿Por qué razón nunca ha consumido bebidas que contengan alcohol? (Marque una sola opción) ① Porque no se acostumbra en casa ② Por religión ③ Por miedo a tener un problema ④ Porque no le llama la atención ⑤ Otro _____ Especifique	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
18. ¿En los últimos 12 meses tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, etc.) ① Si → Salte a pregunta 18b ② No → Pase a pregunta 18a	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
18a. ¿Dejó de tomar por haber tenido algún problema con su forma de beber? ① Si ② No	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

18b. ¿Con que frecuencia tomó alguna bebida que contenga alcohol en los últimos 12 meses?

- ① A diario
- ② Casi diario (5 a 6 veces por semana)
- ③ 3-4 veces a la semana
- ④ 1-2 veces a la semana
- ⑤ 2-3 veces al mes
- ⑥ Una vez al mes
- ⑦ 7-11 veces al año
- ⑧ 3-6 veces al año
- ⑨ 2 veces al año
- ⑩ Una vez al año
- ⑪ Menos de una vez al año

19. Cuando toma bebidas alcohólicas como vino, cerveza, destilados, coolers, etc., generalmente, ¿Cuántas copas toma usted en cada ocasión o por día?

_____ Anote Núm. de Copas

20. Durante el año pasado ¿Con qué frecuencia tomó?	1) Vino de Mesa?	2) Cooler, Qbitas, etc.?	3) Cerveza?	4) Brandy, tequila, ron?	5) Pulque?	6) Alcohol puro, aguardiente?
A) 5 ó más copas de...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
B) 3 ó 4 copas de...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
C) 1 a 2 copas de...	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
A diario.....	01	1 ó 2 veces a la semana...04	De 7 a 11 veces al año.....	07	Una vez al año.....	10
Casi diario (5 a 6 veces por semana).....	02	2 a 3 veces al mes.....05	De 3 a 6 veces al año.....	08	Menos de una vez al año....	11
3 a 4 veces a la semana.....	03	Una vez al mes.....06	2 veces al año.....	09	Nunca.....	12
					NS, NR.....	99

Piense en todas las diferentes clases de bebidas alcohólicas mezcladas, es decir, cualquier combinación de latas, botellas o vasos de cerveza, vino o bebidas conteniendo licor, de cualquier clase

21. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿Cuál es el mayor número de copas que usted ha bebido en un solo día?		PREGUNTA					
		22A 12 ó + COPAS	22B 8 A 11 COPAS	22C 5 A 7 COPAS	22D 3 A 4 COPAS	22E 1 A 2 COPAS	
① 24 ó más copas en un solo día ② 12 a 23 copas en un solo día ③ 8 a 11 copas en un solo día ④ 5,6 ó 7 copas en un solo día ⑤ 3 ó 4 copas en un solo día ⑥ 1 ó 2 copas en un solo día ⑦ No sabe	Pase a 22A						
	Pase a 22B	A. A diario?	1	1	1	1	1
	Pase a 22C	B. Casi a diario (5 ó 6 veces por semana)?	2	2	2	2	2
	Pase a 22D	C. De tres a cuatro veces a la semana?	3	3	3	3	3
	Pase a 22E	D. De una o dos veces a la semana?	4	4	4	4	4
	Pase a 22A	E. De dos a tres veces al mes?	5	5	5	5	5
		F. Una vez al mes?	6	6	6	6	6
		G. De siete a once veces al año?	7	7	7	7	7
		H. De tres a seis veces al año?	8	8	8	8	8
		I. Dos veces en el año?	9	9	9	9	9
		J. Una sola vez en el año?	10	10	10	10	10
		K. Menos de una vez al año?	11	11	11	11	11
	L. Nunca en el año pasado?	12	12	12	12	12	
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	

<p>A continuación se mencionan algunas de las experiencias que muchas personas han reportado en relación con el consumo de alcohol. ¿Puede hacer el favor de decirme si ha tenido esta(s) experiencia(s) cuando ha tomado alcohol? En los últimos 12 meses:</p>		
<p>23. ¿Descubrió que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tenían mucho menos efecto que antes?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>23a. ¿Descubrió que necesitaba una copa para no tener temblores o para no enfermarse?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>23b. ¿Se enfermó o vomitó después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>23c. ¿Estaba deprimido(a), irritable o nervioso(a) después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>23d. ¿Vió, sintió, o escuchó cosas que en realidad no se encontraban ahí cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>23e. ¿Tuvo ataques o convulsiones cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>24. ¿Algunas veces su deseo por una copa es muy fuerte?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>24a. ¿Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas aunque sabía que tenía un problema de salud causado o empeorado por andar bebiendo?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>24b. ¿Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas a pesar de que sentía que el beber le estaba causando problemas psicológicos o emocionales?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>25. ¿Ha tenido que dejar o reducir trabajo importante o actividades sociales debido a su gusto por las bebidas alcohólicas?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>25a. ¿Ha tenido que dejar o rechazar placeres o intereses por favorecer el tomar bebidas alcohólicas?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>26. ¿Empezó a tomar y fue difícil parar antes de sentirse completamente embriagado(a)?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>27. ¿Algunas veces ha continuado tomando a pesar de haberse prometido a sí mismo(a) no hacerlo?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>28. ¿Ha tratado de reducir el número de copas y/o las veces que bebe pero no ha podido?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>29. ¿Alguna vez comenzó a tomar bebidas alcohólicas a pesar de que no tenía la intención de hacerlo?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>
<p>30. ¿Una y otra vez ha querido disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>		<input type="checkbox"/>

<p>31. ¿Ha pasado mucho de su tiempo tomando bebidas alcohólicas o reponiéndose de los efectos de la bebida o haciendo cosas para obtener alcohol?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>	<p>39. Ha perdido o casi perdió un trabajo, debido a la bebida?</p> <p>① Si → Pase a preg. 39a ② No → Salte a preg. 40</p>	<input type="checkbox"/>
<p>32. ¿Ha tenido una enfermedad del hígado o hepatitis?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>	<p>39a. Ha ocurrido esto en los últimos 12 meses</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Si el entrevistado no tiene pareja Salte a pregunta 41</i></p>			
<p>33. ¿Ha tenido una enfermedad del estómago o sangre al vomitar?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>	<p>40. ¿Comenzó una discusión o pelea con su esposo(a) compañero(a) cuando estuvo tomando?</p> <p>① Si → Pase a preg. 40a ② No → Salte a preg. 41</p>	<input type="checkbox"/>
<p>34. ¿Ha tenido hormigueo o entumecimiento en los pies?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>	<p>40a. Ha ocurrido esto en los últimos 12 meses</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>35. ¿Ha tenido problemas de memoria aun cuando no estaba bebiendo?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>	<p>41. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas en alguno de los siguientes lugares?</p> <p>41a. Casa (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p> <p>41b. Casa de otras personas (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p> <p>41c. Restaurantes (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p>	<input type="checkbox"/>
<p>36. ¿Ha tenido pancreatitis?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>37. ¿Tuvo problemas con las autoridades mientras consumía bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo?</p> <p>① Si → Pase a preg. 37a ② No → Salte a preg. 38</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>37a. Ha ocurrido esto en los últimos 12 meses</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>38. ¿Ha sido arrestado(a) mientras conducía después de tomarse unas copas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 38a ② No → Salte a preg. 39</p>	<input type="checkbox"/>		
<p>38a. Ha ocurrido esto en los últimos 12 meses</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>		
<p><i>Si no trabaja o nunca ha trabajado Salte a pregunta 40</i></p>			

<p>41d. Bares/Antros con licencia para expender alcohol (Marque una sola opción)</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p> <p>41e. Lugares sin licencia para expender alcohol (Marque una sola opción)</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p> <p>41f. En la calle (Marque una sola opción)</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p> <p>41g. En el trabajo (Marque una sola opción)</p> <p>① Al menos una vez a la semana ② Al menos una vez al mes ③ Al menos una vez en el último año ④ Nunca en el último año</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>42a. Dígame el nombre de los opiáceos que ha tomado, probado o usado</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p align="center">OPIÁCEOS</p>		<p>42b. ¿Alguno de estos opiáceos se los recetó un doctor?</p> <p>① Si → Pase a preg. 42c ② No → Salte a preg. 42e</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Ahora quisiera platicar con usted sobre el consumo de algunas otras sustancias.</p>		<p>42c. ¿Tomó los opiáceos en mayor cantidad de lo que le indicó el doctor?</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>42. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado...</p> <p><u>OPIÁCEOS</u>: Para aliviar dolores fuertes, para evitar la tos, o para controlar la diarrea como la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.?</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>42c1. ¿Tomó los opiáceos por más tiempo de lo que le indicó el doctor?</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>① Si → Pase a preg. 42a ② No ③ No sabe → Salte a preg. 43</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>42c2. ¿Tomó los opiáceos por una razón diferente a la que le indicó el doctor?</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
		<p>Entrevistador: Si en cualquiera de las preguntas 42c, 42c1, 42c2, la persona seleccionada contestó si, pase a la pregunta 42d; si en todas las preguntas contestó no, Salte a preg. 43</p>	

<p>42d. ¿Cuál fué la razón por la que tomó los opiáceos en mayor cantidad o por más tiempo de lo que le indicó el doctor? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Porque se sentía mal y quiso aliviar su malestar</p> <p>② Porque al tomarla se sentía "muy bien"</p> <p>③ No sabe cual fué la razón</p>	<input type="checkbox"/>
<p>42e. ¿Qué edad tenía cuando usó opiáceos por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>42f. ¿Cuántas veces en su vida ha usado los opiáceos? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="checkbox"/>
<p>42g. ¿Cuándo fué la última vez que usó los opiáceos? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p style="margin-left: 200px;">] Pase a preg. 42h</p> <p style="margin-left: 200px;">] Salte a preg. 42i</p>	<input type="checkbox"/>
<p>42h. En los últimos 30 días ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado opiáceos?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>42i. ¿Cómo obtuvo ese(os) opiáceo(s), sustancia(s) o producto(s) que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① De un médico</p> <p>② En la calle</p> <p>③ En la casa</p> <p>④ De un amigo</p> <p>⑤ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
TRANQUILIZANTES	
<p>43. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado...</p> <p>TRANQUILIZANTES: Que se utilizan para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como Librium, Valium, Diazepam, Ativan, Rohypnol, etc.?</p> <p>↓</p> <p>① Si → Pase a preg. 43a</p> <p>② No</p> <p>③ No sabe</p> <p style="margin-left: 150px;">] Salte a preg. 44</p>	<input type="checkbox"/>
<p>43a. Dígame el nombre de los medicamentos, productos o sustancias que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>43b. ¿Alguno de estos medicamentos, productos o sustancias se los recetó un doctor?</p> <p>↓</p> <p>① Si → Pase a preg. 43c</p> <p>② No → Salte a preg. 43e</p>	<input type="checkbox"/>

<p>43c. ¿Tomó los tranquilizantes en mayor cantidad de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>43e. ¿Qué edad tenía cuando usó los tranquilizantes por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>43c1. ¿Tomó los tranquilizantes por más tiempo de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>43f. ¿Cuántas veces en su vida ha usado tranquilizantes?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces ② 3-5 veces ③ 6-10 veces ④ 11-49 veces ⑤ 50 o más</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>43c2. ¿Tomó los tranquilizantes por una razón diferente a la que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p>① Si ② No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>43g. ¿Cuándo fué la última vez que usó tranquilizantes?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>① Hoy ② En el último mes ③ En el último año ④ Hace más de un año ⑤ No sabe</p> <p style="margin-left: 150px;">} Pase a preg. 43h } Salte a preg. 43i</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Entrevistador: Si en cualquiera de las preguntas 43c, 43c1, 43c2, la persona seleccionada contestó si, pase a la pregunta 43d; Si en todas las preguntas contestó no, Salte a preg. 44</p>		<p>43h. En los últimos 30 días ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado tranquilizantes?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	
<p>43d. ¿Cuál fué la razón por la que lo(s) tomó en mayor cantidad o por más tiempo o por una razón diferente de lo que le indicó el doctor?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Porque se sentía mal y quiso aliviar su malestar ② Porque al tomarlos se sentía “muy bien” ③ No sabe cual fue la razón</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p>43i. ¿Cómo obtuvo ese(os) tranquilizantes, sustancia(s) o producto(s) que consumió?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① De un médico ② En la calle ③ En la casa ④ De un amigo ⑤ Otro _____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

SEDANTES Y BARBITÚRICOS	
<p>44. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado...</p> <p><u>SEDANTES Y BARBITÚRICOS:</u> Para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como los barbitúricos, equanil, mandrax, sevenal, sopor, etc.?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a preg. 44a <input type="radio"/> ② No <input type="radio"/> ③ No sabe </p> <p style="margin-left: 150px;">} Salte a preg. 45</p>	<input type="checkbox"/>
<p>44a. Dígame el nombre de los medicamentos, productos o sustancias que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>44b. ¿Alguno de estos medicamentos, productos o sustancias se las recetó un doctor?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a pregunta 44c <input type="radio"/> ② No → Salte a pregunta 44e </p>	<input type="checkbox"/>
<p>44c. ¿Tomó los sedantes y barbitúricos en mayor cantidad de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
<p>44c1. ¿Tomó los sedantes y barbitúricos por más tiempo de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
<p>44c2. ¿Tomó los sedantes y barbitúricos por una razón diferente a la que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
<p>Entrevistador: Si en cualquiera de las preguntas 44c, 44c1, 44c2, la persona seleccionada contestó si, pase a la pregunta 44d; Si en todas las preguntas contestó no, Salte a preg. 45</p>	
<p>44d. ¿Cuál fue la razón por la que tomó los sedantes y barbitúricos en mayor cantidad o por más tiempo o por una razón diferente de lo que le indicó el doctor? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Porque se sentía mal y quiso aliviar su malestar <input type="radio"/> ② Porque al tomarlos se sentía "muy bien" <input type="radio"/> ③ No sabe cual fue la razón </p>	<input type="checkbox"/>
<p>44e. ¿Qué edad tenía cuando usó los sedantes y barbitúricos por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>44f. ¿Cuántas veces en su vida ha usado los sedantes y barbitúricos? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① 1-2 veces <input type="radio"/> ② 3-5 veces <input type="radio"/> ③ 6-10 veces <input type="radio"/> ④ 11-49 veces <input type="radio"/> ⑤ 50 o más </p>	<input type="checkbox"/>

<p>44g. ¿Cuándo fué la última vez que usó los sedantes y barbitúricos? (Marque una sola opción)</p> <p> <input type="radio"/> ① Hoy <input type="radio"/> ② En el último mes <input type="radio"/> ③ En el último año <input type="radio"/> ④ Hace más de un año <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p> <p style="text-align: right;"> Pase a preg. 44h Salte a preg. 44i </p>	<input type="checkbox"/>	<p>45a. Dígame el nombre de los medicamentos, productos o sustancias que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>44h. En los últimos 30 días ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado sedantes y barbitúricos?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>45b. ¿Alguno de estos medicamentos, productos o sustancias se los recetó un doctor?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a pregunta 45c <input type="radio"/> ② No → Salte a pregunta 45e </p>	<input type="checkbox"/>
<p>44i. ¿Cómo obtuvo ese(os) sedantes y barbitúricos que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① De un médico <input type="radio"/> ② En la calle <input type="radio"/> ③ En la casa <input type="radio"/> ④ De un amigo <input type="radio"/> ⑤ Otro _____ Especifique </p>	<input type="checkbox"/>	<p>45c. ¿Tomó las anfetaminas en mayor cantidad de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS		<p>45c1. ¿Tomó las anfetaminas por más tiempo de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
<p>45. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado...</p> <p><u>ANFETAMINAS O ESTIMULANTES:</u> Para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como Benzedrina, Aktedrón, Esbelcaps, etc.?</p> <p> <input type="radio"/> ① Si → Pase a preg. 45a <input type="radio"/> ② No <input type="radio"/> ⑨ No sabe </p> <p style="text-align: right;">Salte a preg. 46</p>	<input type="checkbox"/>	<p>45c2. ¿Tomó las anfetaminas por una razón diferente a la que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p> <input type="radio"/> ① Si <input type="radio"/> ② No </p>	<input type="checkbox"/>
		<p>Entrevistador: Si en cualquiera de las preguntas 45c, 45c1, 45c2, la persona seleccionada contestó si, pase a la pregunta 45d; Si en todas las preguntas contestó no, Salte a preg. 46</p>	

<p>45d. ¿Cuál fué la razón por la que tomó anfetaminas en mayor cantidad o por más tiempo o por una razón diferente de lo que le indicó el doctor?</p> <p>↓</p> <p>① Porque se sentía mal y quiso aliviar su malestar</p> <p>② Porque al tomarlos se sentía "muy bien"</p> <p>③ No sabe cual fue la razón</p>	<input type="checkbox"/>	<p>45i. ¿Cómo obtuvo las anfetaminas, que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① De un médico</p> <p>② En la calle</p> <p>③ En la casa</p> <p>④ De un amigo</p> <p>⑤ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
MARIGUANA			
<p>45e. ¿Qué edad tenía cuando usó las anfetaminas por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<input type="checkbox"/>	<p>46. ¿Me podría decir si alguna vez Ud. ha tomado, usado o probado...</p> <p><u>MARIGUANA, HASHISH:</u> También llamada "mota", "churro", etc.?</p> <p>① Si → Pase a preg. 46a</p> <p>② No</p> <p>③ No sabe } Salte a preg. 47</p>	<input type="checkbox"/>
<p>45f. ¿Cuántas veces en su vida ha usado anfetaminas?</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="checkbox"/>	<p>46a. Dígame el nombre de los productos o sustancias que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>45g. ¿Cuándo fué la última vez que usó anfetaminas?</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p style="margin-left: 200px;">} Pase a preg. 45h</p> <p style="margin-left: 200px;">} Salte a preg. 45i</p>	<input type="checkbox"/>	<p>46b. ¿Cómo la ha usado? (Marque las opciones indicadas)</p> <p>① Fumada</p> <p>② Inhalada</p> <p>③ Inyectada</p> <p>④ Tomada, tragada</p> <p>⑤ Untada u otra forma, NO como droga</p> <p>⑥ No sabe → Pase a preg. 46c</p> <p style="margin-left: 200px;">} Pase a preg. 46c</p> <p style="margin-left: 200px;">} Salte a preg. 47</p>	<input type="checkbox"/>
<p>45h. En los últimos 30 días ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado anfetaminas?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/>		

<p>46c. ¿Qué edad tenía cuando la(los) usó por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<input type="text"/>	<p>46h. En el último mes ¿Cuántos días la (los) ha consumido, tomado o usado?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="text"/>
<p>46d. ¿Cuántas veces en su vida la(los) ha usado?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>		<p>COCAÍNA</p>	
<p>46e. ¿Cómo obtuvo esa(s) sustancia(s) o producto(s) que consumió?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① En la calle</p> <p>② En la casa</p> <p>③ De un amigo</p> <p>④ Otro _____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<input type="text"/>	<p>47. ¿Me podría decir si alguna vez ha tomado, usado, probado...</p> <p>COCAÍNA EN POLVO: También llamada "perico", "nieve", "grapa", etc.?</p> <p>↓</p> <p>① Si → Pase a preg. 47a</p> <p>② No</p> <p>③ No sabe } Salte a preg. 48</p>	<input type="text"/>
<p>46f. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido esas sustancias?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Una sola vez</p> <p>② Diario</p> <p>③ Por lo menos 1 vez a la semana</p> <p>④ Por lo menos 1 vez al mes</p> <p>⑤ Por lo menos 1 vez al año</p> <p>⑥ Otro _____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<input type="text"/>	<p>47a. ¿Cómo la ha usado?</p> <p>(Marque las opciones indicadas)</p> <p>↓</p> <p>① Fumada</p> <p>② Inhalada</p> <p>③ Inyectada</p> <p>④ Tomada, Tragada</p> <p>⑤ Otra _____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	<input type="text"/>
<p>46g. ¿Cuándo fué la última vez que la (los) usó?</p> <p>↓</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p style="text-align: right;">} Pase a preg. 46h</p> <p style="text-align: right;">} Salte a preg. 47</p>	<input type="text"/>	<p>47b. ¿Qué edad tenía cuando probó por primera vez la cocaína?</p> <p>↓</p> <p>_____ Edad</p>	<input type="text"/>
	<p>47c. ¿Cuántas veces en su vida ha usado cocaína?</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="text"/>	

<p>47d. ¿Cómo obtuvo esa cocaína que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>① En la calle</p> <p>② En la casa</p> <p>③ De un amigo</p> <p>④ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>47e. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido la cocaína? (Marque una sola opción)</p> <p>① Una sola vez</p> <p>② Diario</p> <p>③ Por lo menos 1 vez a la semana</p> <p>④ Por lo menos 1 vez al mes</p> <p>⑤ Por lo menos 1 vez al año</p> <p>⑥ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>47f. ¿Cuándo fué la última vez que usó cocaína?</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p>Pase a preg. 47g</p> <p>Salte a preg. 48</p>	<input type="checkbox"/>
<p>47g. En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado cocaína en polvo?</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/>

PASTA DE COCAÍNA	
<p>48. ¿Me podría decir si alguna vez ha tomado, usado, probado...</p> <p><u>PASTA DE COCAÍNA ?</u></p> <p>① Si → Pase a preg. 48a</p> <p>② No</p> <p>③ No sabe</p> <p>Salte a preg. 49</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48a. ¿Cómo la ha usado? (Marque las opciones indicadas)</p> <p>① Fumada</p> <p>② Inhalada</p> <p>③ Inyectada</p> <p>④ Tomada, tragada</p> <p>⑤ Otra _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48b. ¿Qué edad tenía cuando usó por primera vez la pasta de cocaína?</p> <p>Edad _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>48c. ¿Cuántas veces en su vida ha usado pasta de cocaína? (Marque una sola opción)</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="checkbox"/>

48d. ¿Cómo obtuvo esa pasta de cocaína que consumió?
(Marque una sola opción)

① En la calle
 ② En la casa
 ③ De un amigo
 ④ Otro _____
 Especifique

48e. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido pasta de cocaína?
(Marque una sola opción)

① Una sola vez
 ② Diario
 ③ Por lo menos 1 vez a la semana
 ④ Por lo menos 1 vez al mes
 ⑤ Por lo menos 1 vez al año
 ⑥ Otro _____
 Especifique

48f. ¿Cuándo fué la última vez que usó pasta de cocaína?

① Hoy
 ② En el último mes
 ③ En el último año
 ④ Hace más de un año
 ⑤ No sabe

Pase a preg. 48g
 Salte a preg. 49

48g. El último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado pasta de cocaína?

_____ días

CRACK

49. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado, usado, probado...

CRACK ?

① Si → Pase a preg. 49a
 ② No
 ③ No sabe

Salte a preg. 50

49a. ¿Cómo lo ha usado?
(Marque las opciones indicadas)

① Fumado
 ② Inhalado
 ③ Inyectado
 ④ Tomado, tragado
 ⑤ Otra _____
 Especifique

49b. ¿Qué edad tenía cuando usó crack por primera vez?

Edad _____

49c. ¿Cuántas veces en su vida ha usado crack?
(Marque una sola opción)

① 1-2 veces
 ② 3-5 veces
 ③ 6-10 veces
 ④ 11-49 veces
 ⑤ 50 o más

49d. ¿Cómo obtuvo ese crack que consumió?
(Marque una sola opción)

↓

① En la calle

② En la casa

③ De un amigo

④ Otro _____
Especifique

49e. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido el crack?
(Marque una sola opción)

↓

① Una sola vez

② Diario

③ Por lo menos 1 vez a la semana

④ Por lo menos 1 vez al mes

⑤ Por lo menos 1 vez al año

⑥ Otro _____
Especifique

49f. ¿Cuándo fué la última vez que usó crack?
(Marque una sola opción)

↓

① Hoy Pase a preg. 49g

② En el último mes

③ En el último año

④ Hace más de un año Salte a preg. 50

⑤ No sabe

49g. En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado crack?

↓

_____ días

ALUCINÓGENOS

50. ¿Me podría decir si Ud. ha tomado, usado, probado...

ALUCINÓGENOS: Como hongos, peyote, mezcalina, LSD, PCP, etc. También llamados "ácidos", "champiñones", etc.?

↓

① Si Pase a preg. 50a

② No Salte a preg. 51

③ No sabe

50a. Dígame el nombre de los productos o sustancias que ha tomado, probado o usado

↓

50b. ¿Cómo los ha usado?
(Marque las opciones indicadas)

↓

① Fumados

② Inhalados

③ Inyectados

④ Tomados, tragados

⑤ Otra _____
Especifique

50c. ¿Qué edad tenía cuando usó alucinógenos por primera vez?

↓

Edad _____

<p>50d. ¿Cuántas veces en su vida ha usado alucinógenos? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="checkbox"/>
<p>50e. ¿Cómo obtuvo eso(s) alucinógenos que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① En la calle</p> <p>② En la casa</p> <p>③ De un amigo</p> <p>④ Otro _____</p> <p style="text-align: right;">Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>50f. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido esta(s) sustancia(s)? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Una sola vez</p> <p>② Diario</p> <p>③ Por lo menos 1 vez a la semana</p> <p>④ Por lo menos 1 vez al mes</p> <p>⑤ Por lo menos 1 vez al año</p> <p>⑥ Otro _____</p> <p style="text-align: right;">Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>50g. ¿Cuándo fué la última vez que usó alucinógenos? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p style="text-align: right;">Pase a preg. 50h</p> <p style="text-align: right;">Salte a preg. 51</p>	<input type="checkbox"/>
<p>50h. En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado alucinógenos?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/>

<p style="text-align: center;">INHALABLES</p>	
<p>51. ¿Me podría decir si alguna vez Ud. ha tomado, usado, probado...</p> <p>INHALABLES: Como thinner, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, etc. Llamados "chemos", "memos", para "elevarse"?</p> <p>↓</p> <p>① Si → Pase a preg. 51a</p> <p>② No</p> <p>③ No sabe</p> <p style="text-align: right;">Salte a preg. 52</p>	<input type="checkbox"/>
<p>51a. Dígame el nombre de los productos o sustancias que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>51b. ¿Cómo los ha usado?</p> <p>↓</p> <p>① Inhalados</p> <p>② Otro _____</p> <p style="text-align: right;">Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>51c. ¿Qué edad tenía cuando lo(s) usó por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>51d. ¿Cuántas veces en su vida lo(s) ha usado? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces</p> <p>② 3-5 veces</p> <p>③ 6-10 veces</p> <p>④ 11-49 veces</p> <p>⑤ 50 o más</p>	<input type="checkbox"/>

<p>51e. ¿Cómo obtuvo los inhalables que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① En la calle ② En la casa ③ De un amigo ④ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>	<p>HEROÍNA</p>	
<p>51f. ¿Con qué frecuencia ha probado usado o consumido inhalables? (Marque una sola opción)</p> <p>↓</p> <p>① Una sola vez ② Diario ③ Por lo menos 1 vez a la semana ④ Por lo menos 1 vez al mes ⑤ Por lo menos 1 vez al año ⑥ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>	<p>52. ¿Me podría decir si alguna vez Ud. ha tomado, usado, probado...</p> <p>HEROÍNA, OPIO: También llamada “arpón”, “ficción”, la “H”?</p> <p>① Si → Pase a preg. 52a ② No ③ No sabe } Pase a preg. 53</p>	<p>52a. Dígame el nombre de el(los) producto(s) o sustancia(s) que ha tomado, probado o usado</p> <p>↓</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </p>
<p>51g. ¿Cuándo fué la última vez que usó inhalables? (Marque una sola opción)</p> <p>① Hoy } Pase a preg. 51h ② En el último mes ③ En el último año ④ Hace más de un año } Salte a preg. 52 ⑤ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>52b. ¿Cómo los ha usado? (Marque las opciones indicadas)</p> <p>↓</p> <p>① Fumado ② Inhalado ③ Inyectado ④ Tomado, tragado ⑤ Otro _____ Especifique</p>	<p>52c. ¿Qué edad tenía cuando lo(s) usó por primera vez?</p> <p>↓</p> <p>Edad _____</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<p>51h. En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado inhalables?</p> <p>↓</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>52d. ¿Cuántas veces en su vida lo(s) ha usado?</p> <p>↓</p> <p>① 1-2 veces ② 3-5 veces ③ 6-10 veces ④ 11-49 veces ⑤ 50 o más</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	

52e. ¿Cómo obtuvo esa(s) sustancia(s) o producto(s) que consumió?
(Marque una sola opción)

① En la calle
 ② En la casa
 ③ De un amigo
 ④ Otro _____
 Especifique

52f. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido esa(s) sustancia(s)?
(Marque una sola opción)

① Una sola vez
 ② Diario
 ③ Por lo menos 1 vez a la semana
 ④ Por lo menos 1 vez al mes
 ⑤ Por lo menos 1 vez al año
 ⑥ Otro _____
 Especifique

52g. ¿Cuándo fué la última vez que lo(s) usó?

① Hoy } Pase a preg. 52h
 ② En el último mes
 ③ En el último año
 ④ Hace más de un año } Salte a preg. 53
 ⑤ No sabe

52h. En el último mes ¿Cuántos días lo(s) ha consumido, tomado o usado?

_____ días

METANFETAMINAS

53. ¿Me podría decir si alguna vez Ud. ha tomado, usado, probado...

METANFETAMINAS: Como las tachas, el éxtasis o el cristal?

① Si → Pase a preg. 53a
 ② No
 ③ No sabe } Salte a preg. 54

53a. Dígame el nombre de el(los) producto(s) o sustancia(s) que ha tomado, probado o usado

53b. ¿Cómo las ha usado?
(Marque las opciones indicadas)

① Fumada
 ② Inhalada
 ③ Inyectada
 ④ Tomada
 ⑤ Otra _____
 Especifique

53c. ¿Qué edad tenía cuando usó metanfetaminas por primera vez?

Edad _____

53d. ¿Cuántas veces en su vida ha usado metanfetaminas?
(Marque una sola opción)

① 1-2 veces
 ② 3-5 veces
 ③ 6-10 veces
 ④ 11-49 veces
 ⑤ 50 o más

<p>53e. ¿Cómo obtuvo esas metanfetaminas que consumió? (Marque una sola opción)</p> <p>① En la calle</p> <p>② En la casa</p> <p>③ De un amigo</p> <p>④ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53f. ¿Con qué frecuencia ha probado usado o consumido metanfetaminas? (Marque una sola opción)</p> <p>① Una sola vez</p> <p>② Diario</p> <p>③ Por lo menos 1 vez a la semana</p> <p>④ Por lo menos 1 vez al mes</p> <p>⑤ Por lo menos 1 vez al año</p> <p>⑥ Otro _____ Especifique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53g. ¿Cuándo fué la última vez que usó metanfetaminas? (Marque una sola opción)</p> <p>① Hoy</p> <p>② En el último mes</p> <p>③ En el último año</p> <p>④ Hace más de un año</p> <p>⑤ No sabe</p> <p style="margin-left: 200px;">] Pase a preg. 53h</p> <p style="margin-left: 200px;">] Salte a preg. 54</p>	<input type="checkbox"/>
<p>53h. En el último mes ¿Cuántos días ha consumido, tomado o usado metanfetaminas?</p> <p>_____ días</p>	<input type="checkbox"/>
<p>54. ¿Ha consumido otro tipo de drogas? (Especifique cuales)</p> <p>① Si _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>② No _____</p>	<input type="checkbox"/>

Entrevistador: Si el informante indicó haber consumido al menos un medicamento (sin prescripción médica), sustancia o producto de los mencionados anteriormente pase a la pregunta 55. Si nunca ha consumido salte a pregunta 72

A continuación le mencionaré algunas de las experiencias que muchas personas han reportado en relación con el uso de drogas. Conforme yo lea cada una, ¿Puede hacer el favor de indicarme si ha tenido esta(s) experiencia(s) cuando ha usado drogas o medicamentos sin receta?

<p>55. ¿Ha tenido discusiones con su familia o amigos por consumir drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 55a</p> <p>② No → Salte a preg. 56</p>	<input type="checkbox"/>
<p>55a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>① Si</p> <p>② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>56. ¿Ha tenido peleas por consumir drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 56a</p> <p>② No → Salte a preg. 57</p>	<input type="checkbox"/>
<p>56a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>① Si</p> <p>② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>57. ¿Lo han arrestado o ha sido reprendido por la policía debido al uso de drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 57a</p> <p>② No → Salte a preg. 58</p>	<input type="checkbox"/>
<p>57a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>① Si</p> <p>② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>58. ¿Ha tenido problemas en la escuela y/o en el trabajo por consumir drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 58a</p> <p>② No → Salte a preg. 59</p>	<input type="checkbox"/>
<p>58a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>① Si</p> <p>② No</p>	<input type="checkbox"/>

<p>59. ¿Ha tenido problemas económicos por el uso de drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 59a ② No → Salte a preg. 60</p>	<input type="checkbox"/>
<p>59a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>60. ¿Ha usado alguna droga en tal forma que sintió que la necesitaba o dependía de ella?</p> <p>① Si → Pase a preg. 60a ② No → Salte a preg. 61</p>	<input type="checkbox"/>
<p>60a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>61. ¿Alguna vez ha tratado de reducir el uso de alguna droga pero no ha podido?</p> <p>① Si → Pase a preg. 61a ② No → Salte a preg. 62</p>	<input type="checkbox"/>
<p>61a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>62. ¿Alguna vez sintió que necesitaba mayor cantidad de droga para que le hiciera efecto?</p> <p>① Si → Pase a preg. 62a ② No → Salte a preg. 63</p>	<input type="checkbox"/>
<p>62a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>63. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al disminuir o reducir el uso de cualquiera de éstas drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 63a ② No → Salte a preg. 64</p>	<input type="checkbox"/>
<p>63a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>64. ¿Ha tenido malestar general, dolores abdominales o calambres al suspender el uso de alguna droga?</p> <p>① Si → Pase a preg. 64a ② No → Salte a preg. 65</p>	<input type="checkbox"/>
<p>64a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>65. ¿Ha tenido problemas de salud como dolores de cabeza persistentes, convulsiones o infecciones como resultado del uso de drogas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 65a ② No → Salte a preg. 66</p>	<input type="checkbox"/>
<p>65a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>66. ¿Ha sentido que su memoria o concentración son deficientes o que no puede pensar claramente?</p> <p>① Si → Pase a preg. 66a ② No → Salte a preg. 67</p>	<input type="checkbox"/>
<p>66a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>
<p>67. ¿Se ha sentido triste, deprimido o ha perdido interés en las cosas?</p> <p>① Si → Pase a preg. 67a ② No → Salte a preg. 68</p>	<input type="checkbox"/>
<p>67a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses?</p> <p>↓ ① Si ② No</p>	<input type="checkbox"/>

68. ¿Se ha sentido muy nervioso o ansioso? ① Si → Pase a preg. 68a ② No → Salte a preg. 69	<input type="checkbox"/>
68a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>
69. ¿Se ha sentido irritable o molesto? ① Si → Pase a preg. 69a ② No → Salte a preg. 70	<input type="checkbox"/>
69a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>
70. ¿Se ha sentido suspicaz o desconfiado hacia la gente? ① Si → Pase a preg. 70a ② No → Salte a preg. 71	<input type="checkbox"/>
70a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>
71. ¿Ha necesitado ayuda médica de urgencia? ① Si → Pase a preg. 71a ② No → Salte a preg. 71b	<input type="checkbox"/>
71a. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>
71b. ¿Alguna vez deseó consumir droga tan desesperadamente que no podía pensar en nada más? ① Si → Pase a preg. 71c ② No → Salte a preg. 71d	<input type="checkbox"/>
71c. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>
71d. ¿Continuó usando drogas aún después de saber que le causaba problemas emocionales? ① Si → Pase a preg. 71e ② No → Salte a preg. 72	<input type="checkbox"/>
71e. ¿Ha pasado esto en los últimos 12 meses? ↓ ① Si ② No	<input type="checkbox"/>

72. En los últimos 12 meses, ¿Ha solicitado ayuda a alguna institución o persona, para consultar sobre problemas relacionados con su... ? 72a. Consumo de Tabaco ① Si → (Mencione las opciones y marque las utilizadas) ② No ③ Nunca ha consumido tabaco] Pase a preg. 72b (a) Hospital General o Centro Comunitario (b) Hospital o Servicio Psiquiátrico (c) Grupo de atención médica o médico privado (d) Padre o Sacerdote (e) Curandero (f) Otros (parches, chicles, etc.)	<input type="checkbox"/>
72b. Consumo de Drogas ① Si → (Mencione las opciones y marque las utilizadas) ② No ③ Nunca ha consumido drogas] Pase a preg. 72c (a) Hospital General o Centro Comunitario (b) Hospital o Servicio Psiquiátrico (c) Grupo de atención médica o médico privado (d) Padre o Sacerdote (e) Curandero (f) Otros _____ Especifique	<input type="checkbox"/>
72c. Consumo de Bebidas Alcohólicas ① Si → (Mencione las opciones y marque las utilizadas) ② No ③ Nunca ha consumido alcohol] Pase a preg. 73 (a) Hospital General o Centro Comunitario (b) Hospital o Servicio Psiquiátrico (c) Grupo de atención médica o médico privado (d) Padre o Sacerdote (e) Curandero (f) Grupo Alcohólicos Anónimos (g) Otros _____ Especifique	<input type="checkbox"/>
73. En su opinión ¿Qué tan grave es el uso de las siguientes drogas? 73a. Fumar cigarrillos (Marque una sola opción) ↓ ① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑤ No sabe	<input type="checkbox"/>

<p>73b. Tomar bebidas alcohólicas frecuentemente (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>73h. Fumar mariguana alguna vez (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73c. Embriagarse con bebidas alcohólicas (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>73i. Fumar mariguana frecuentemente (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73d. Tomar tranquilizantes/estimulantes alguna vez (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>73j. Consumir cocaína alguna vez (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73e. Tomar tranquilizantes/estimulantes frecuentemente (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>73k. Consumir cocaína frecuentemente (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73f. Inhalar solventes alguna vez (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>	<p>74. ¿Se siente lo suficientemente informado sobre las consecuencias de las drogas (tabaco, alcohol, mariguana, pasta base, cocaína, etc)?</p> <p>(Marque una sola opción)</p> <p>① Poco informado ② Bien informado ③ Muy informado</p>	<input type="checkbox"/>
<p>73g. Inhalar solventes frecuentemente (Marque una sola opción)</p> <p>① Nada grave ② Poco grave ③ Bastante grave ④ Muy grave ⑨ No sabe</p>	<input type="checkbox"/>		

75. ¿De dónde provienen principalmente sus conocimientos sobre las drogas?
(Marque una sola opción)

↓

- ① Amigos
- ② Padres, familiares
- ③ Profesores
- ④ Profesionales
- ⑤ Periódicos
- ⑥ Televisión
- ⑦ Folletos
- ⑧ Experiencia propia

76. ¿Ha recibido cursos de prevención del consumo de drogas?

- ① No → Termine
- ② Una vez
- ③ Varias veces

] Pase a preg. 77

77. ¿Cómo calificaría estos cursos de prevención que recibió?
(Marque una sola opción)

↓

- ① Muy útil
- ② Útil
- ③ Poco útil
- ④ Nada útil
- ⑤ No sabe

78. ¿Han cambiado estos cursos su actitud personal respecto a las drogas?
(Marque una sola opción)

↓

- ① Me siento igualmente atraído(a) por las drogas
- ② Me siento menos atraído(a) por las drogas
- ③ Me siento igual sin deseo de consumir drogas
- ④ Me siento fortalecido(a) en mi decisión

TERMINE