

FOLIO

--	--	--	--	--

CALLE: _____ No: _____

(exterior e interior)

COLONIA / BARRIO: _____

LOCALIDAD	<input type="text"/>	AGEB	<input type="text"/>	MANZANA	<input type="text"/>
SEGMENTO	<input type="text"/>	VIVIENDA	<input type="text"/>	FOLIO DE HOGAR	<input type="text"/>

NUMERO DE VISITA	1		2		3		4	
FECHA	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
	<input type="text"/>							
ENTREVISTADOR								
HORA DE INICIO								
HORA DE FIN								
DURACIÓN								
RESULTADO								

CODIGOS DE RESULTADO:

- | | | |
|------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Completa | 2. Incompleta | 3. Ausentes temporales |
| 4. Aplazada | 5. Nadie en casa | 6. Informante inadecuado |
| 7. Se negó información | 8. No es vivienda | 9. Desocupada |

13. Otro (especifique): _____

OBSERVACIONES: _____

	Supervisado por:		Criticado por :		Codificado por:		Capturado por :	
NOMBRE								
FECHA	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES	DIA	MES
	<input type="text"/>							

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

Lea cada una de las preguntas al entrevistado, asegurándose de que las entienda y encierre en un círculo cada una de las respuestas. En todas las preguntas se marcará una sola respuesta. Cuando el entrevistado le conteste verifique que lo que marque sea lo que el(ella) le indicó. Cuando las subsiguientes preguntas no sean aplicables al entrevistado se le indicara con **PASES**, y en esas preguntas no se marcará ninguna respuesta. Las instrucciones para hacer algunas preguntas específicas están en forma de **NOTAS**, las cuales deberá usted leer antes de hacer la(s) pregunta(s) siguiente(s)

Buenos días (tardes)

Este cuestionario es parte de un estudio de la Secretaría de Salud que se está realizando en diferentes lugares del país. Estamos interesados en conocer los hábitos de consumo de debidas alcohólicas y otras sustancias, así como las opiniones, actitudes y problemas asociados con este consumo. No existen respuestas correctas o incorrectas; si alguna de las preguntas le causa incomodidad, puede sentirse libre de **NO** contestarla, sin embargo, nos sería de gran utilidad que respondiera a la mayor cantidad de preguntas posibles. Todas sus respuestas son confidenciales y ninguna persona puede ser identificada a través de este cuestionario ya que los resultados se presentarán en forma de un resumen estadístico de todas las respuestas y por lo tanto no le pedimos su nombre.

Muchas gracias por su cooperación.

1. Marque el sexo del entrevistado	Masculino..... 1
	Femenino 2

“ Ahora empezaré haciéndole algunas preguntas generales”.

2. ¿Qué edad tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> años
3. Aproximadamente, ¿cuánto pesa?	<input type="text"/> <input type="text"/> Kilos
4. Aproximadamente, ¿cuánto mide?	<input type="text"/> <input type="text"/> metros
5. ¿Cuál es su estado civil?	Casado(a) 1 Unión Libre 2 Separado(a) 3 Divorciado(a) 4 Viudo(a) 5 Soltero(a) 6

11. ¿Cuál es la ocupación del jefe de familia?(¿Cuál es su ocupación?)

En caso de que el entrevistado (E) NO sea el jefe de familia (JF) registre también su ocupación

a) Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario)	JF 1 E 2	
b) Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.)	JF 1 E 2	
c) Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea)	JF 1 E 2	
d) Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales	JF 1 E 2	
e) Obrero calificado (tornero, mecánico, encuadernador, etc.)	JF 1 E 2	
f) Obrero no calificado, con trabajo eventual, cabo, soldado raso, personal de servicios domésticos (chofer, mozo, jardinero), albañil, taxista	JF 1 E 2	
g) Agricultor	JF 1 E 2	
h) Campesino	JF 1 E 2	
i) Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.)	JF 1 E 2	
j) Estudiante	JF 1 E 2	
k) Ama de casa	JF 1 E 2	
l) Otro. Especifique: _____	JF 1 E 2	

12. ¿En qué estado de la República Mexicana o país nació usted?	_____ <input type="text"/> _____ <input type="text"/> especifique	
13. ¿Cuánto tiempo hace que vive en _____ ? (Mencionar entidad federativa donde se realiza la entrevista)	Menos de un año 97 Siempre 98 Años <input type="text"/> NS/NR 99	

14. ¿Está Ud. afiliado(a) a alguna institución de salud o tiene seguro médico privado?	Sí ¿Cuál? 1	Continúe Pase a preg. 15
	No 2	
a) Seguro de Gastos Médicos	Sí 1	
	No 2	
b) IMSS	Sí 1	
	No 2	
c) ISSSTE	Sí 1	
	No 2	
d) Otro(s). Especifique: _____	Sí 1	
	No 2	

15. Aproximadamente, ¿cuál es el riesgo mensual familiar? (Salario mínimo por día: \$28.08; \$842.00 mensuales)	Menos del salario mínimo (Hasta \$841.00) 1	
	Un salario mínimo (\$842.00) 2	
	Hasta 2 veces el salario mínimo (De \$843.00 a \$1 684.00) 3	
	De 2 a 4 salarios mínimos (De \$844.00 a \$3 368.00) 4	
	Más de 5 salarios mínimos (Más de \$4 210.00) 5	
	No sabe, no contesta 9	
16. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. de personas	

“Ahora me gustaría preguntarle sobre el uso de algunas sustancias como el tabaco”.

17. ¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?	Sí 1 No 2	Pase a preg. 36
18. ¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez?	_____ Años _ _	
19. En toda su vida ¿ha fumado más de 100 cigarrillos, es decir, 5 cajetillas?	Sí 1 No 2	
20. ¿A qué edad inició el consumo diario de tabaco?	Edad _____ años No ha consumido diario 97 NS, NR 99	Pase a preg. 23
21. ¿Cuántos años ha fumado Ud. a diario?	_____ Años Menos de un año 97 _ _	
22. En promedio, en este periodo, cuando Ud. ha fumado a diario, ¿cuántos cigarrillos se fuma por día?	1 a 5 cigarrillos por día 1 ½ cajetilla (6 a 15 cigarrillos) 2 Una cajetilla diaria (16 a 20 cigarrillos) 3 1 ½ cajetillas por día (16 a 35 cigarrillos) 4 2 o más cajetillas por día (más de 35 cigarrillos) 5	
23. ¿Cuándo fue la última vez que se fumó un cigarrillo?	Dentro del último mes(30 días) .. 1 Más de 1 mes pero menos de 6 meses 2 Hace 6 meses o más pero menos de 1 año 3 Hace 1 ños o más pero menos de 3 años 4 Hace más de 3 años 5	Fumador activo Pase a preg. 31
24. ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba y con qué frecuencia	Diario? _____ 1 Semanal? _____ 2 Mensual? _____ 3 Ocasional? _____ 4 Al menos una vez al año? _____ 5 NS,NR _____ 9 _ _	

Fumador activo

25. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	Primero 5 minutos 1 Entre 6 y 30 minutos 2 Entre 31 y 60 minutos 3 Más de 1 hora 4	
26. ¿Fuma usted más durante las primeras horas del día que durante el resto del día?	Sí 1 No 2	
27. ¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)	Sí 1 No 2	
28. De los cigarros que fuma durante el día, ¿Cuál sería el más difícil de dejar para usted?	El primero de la mañana 1 El de después de comer 2 Cuando está bajo tensión 3 El del baño 4 El de antes de dormir 5 Algún otro 6 Todos 7	
29. Cuando se enferma y tiene que permanecer en cama ¿usted fuma?	Sí 1 No 2	
30. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?	Sí 1 No 2	<input type="checkbox"/> Pase a Preg. 38

Ex_fumador (Aplicar preguntas 31 a 35 solo a Ex_fumadores)

31. ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?	Menos de un año 97 _____ años	
32. Cuando fumaba ¿cuántos cigarros consumía y con qué frecuencia	Diario? <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Semanal? <input type="text"/> <input type="text"/> 2 Mensual? <input type="text"/> <input type="text"/> 3 Ocasional? <input type="text"/> <input type="text"/> 4 NS, NR <input type="text"/> <input type="text"/> 5	

<p>33. ¿Cuál es la razón principal por la que dejó de fumar?</p>	<p>Por conciencia del daño a su salud 1 Por prescripción médica 2 Porque se hartó de fumar 3 Porque le causó problemas con la familia 4 Por restricción en su área de trabajo y otros lugares 5 Otra razón 6 NS, NR 9</p>	
<p>34. ¿Cómo dejó usted de fumar?</p>	<p>Se sometió a un tratamiento 1 Dejó de fumar súbitamente 2 Disminuyo gradualmente el número de cigarros 3 Dejó de comprar cigarros 4 Sustituyó el fumar por otra actividad 5 Por enfermedad 6 Otra razón 7 NS, NR 9</p>	
<p>35. ¿Le preocupa volver a fumar?</p>	<p>Sí 1 No 2</p>	

Fumador Pasivo

<p>36. ¿Le molesta que la gente fume cerca de usted?</p>	<p>Sí 1 No 2</p>	
<p>37. De las personas con las que convive a diario ¿cuántas de ellas fuman.....</p>	<p>en el interior de su casa? <input type="text"/> <input type="text"/> 1 en el salón de clases? <input type="text"/> <input type="text"/> 2 En su lugar de trabajo? <input type="text"/> <input type="text"/> 3</p> <p><i>Si la respuesta es "Ninguno" anote 98 en los recuadros</i></p>	

“Ahora quisiera platicar con usted de algunas otras sustancias”

NOTA: Las preguntas de los 2 cuadros siguientes se hacen y se codifican de manera totalmente diferente a las demás. Las preg. 38 a 54 deberán irse haciendo por cada droga y se pondrán los números correspondientes a la(s) respuesta(s) en los recuadros. Si el entrevistado responde que **SI** ha usado alguna(s), anotará el **“1”** en el recuadro correspondiente y se harán las preguntas subsiguientes en forma horizontal. En caso de que la respuesta sea **NO**, se escribirá **“2”** en el recuadro que corresponda y se pasará a preguntar por la siguiente droga o medicamento. **Es muy importante que siga las instrucciones en cada pregunta.**

<p>38. Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones, ¿me podría decir si ha tomado (usado, probado)?</p> <p>Sí 1 Continúe No 2</p> <p>NS NC 9</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 20px;"> } <div style="text-align: left;"> <p>Pase a la sig. sustancia</p> </div> </div>	<p>39. ¿Puede decirme el(los) nombre(s) del(los) producto(s) que ha tomado?</p> <p><i>Si no recuerda el nombre anote el código 99</i></p> <p><i>Verifique catálogo de medicamentos y sustancias</i></p> <p>¿Ha usado alguna de estas? ¿Cuál? _____</p>	<p>40. ¿Alguna de éstas las usó con receta médica o sin receta médica, en mayor cantidad o durante más tiempo de lo indicado por el médico o por cualquier situación diferente a la indicada?</p> <p>Sin receta o diferente a lo indicado 1 Continúe</p> <p>Con receta 2</p> <p>NS, NR 9</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 20px;"> } <div style="text-align: left;"> <p>Pase a la sig. sust.</p> </div> </div>
<p><u>a)Opiáceos:</u> Para aliviar el dolor severo, para evitar la tos, o para controlar la diarrea como la morfina, nubain, dardon, demerol, rozanol, codeína, talwin, laudano, etc. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><u>b)Tranquilizantes:</u> Para calmar a las personas, calmar lo nervios o relajar sus músculos como librium, valium, diasepam, ativan, Rohypnol, etc. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><u>c)Sedantes y barbitúricos:</u> Para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como los barbitúricos, equanil, mandrax, seveal, sopor, etc. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><u>d)Anfetaminas y estimulantes :</u> Para ayudar a perder peso o dar a la gente mas energía como benzedrina, aktedrón, esbelcaps, etc. <input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

	41.- Que edad tenia cuando la uso por primera vez?	42.- Cuántas veces en su vida la ha usado?	43.- Cuándo fue la ultima vez que la usó?	44.- Cuántos días la usó en el último mes?
	De 10 a 14 años... 1 De 15 a 19 años... 2 De 20 a 24 años... 3 De 25 a 29 años... 4 De 30 a 34 años... 5 De 35 a 39 años... 6 40 años o más..... 7	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces.... 3 11-49 veces.. 4 50 o más..... 5	Hoy..... 1 En el último mes..... 2 En el último año, no en el último mes..... 3 Hace más de un año..... 4 NS, NC 9	1 a 5 días..... 1 6 a 19 días..... 2 20 días o más 3 Pase a sig. sust
a) <u>Opiáceos</u> : para aliviar el dolor severo, para evitar la tos, o para controlar la diarrea como la morfina, nubaín. Darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, , láudano, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>Tranquilizantes</u> : para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como Librium, Valium, Diacepam, Avitan, Rohypnol, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <u>Sedantes y Barbitúricos</u> : para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como los barbitúricos, equanil, mandrax, cébenla, sopor, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <u>Anfetaminas o estimulantes</u> : para ayudar a perder peso o a dar a la gente más energía como Benezdrina, Aktedrón, Esbelcaps, etc..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Al terminar haga anotaciones en Cuadro de instrucciones pag.14

<p>45.- Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones, ¿me podría decir si ha tomado (usado, probado) ?</p> <p>Sí..... 1 Continue</p> <p>No..... 2</p> <p>NS, NC.....3</p>	<p>46.- ¿Cuál?</p> <p>Si no recuerda el nombre anote el código 99</p> <p>Verifique catálogo de medicamentos y sustancias</p>	<p>47.- ¿Cómo la ha usado?</p> <p>Fumada..... 1</p> <p>Inhalada..... 2</p> <p>Inyectada..... 3</p> <p>Tomada, tragada..... 4</p> <p>Untada u otra forma, NO como droga 5</p> <p>NS, NR..... 9</p> <p>Pase a la siguiente sustancia</p>	<p>48.- ¿Qué edad tenía cuando la usó por primera vez?</p> <p>De 10 a 14 años.... 1</p> <p>De 15 a 19 años.... 2</p> <p>De 20 a 24 años.... 3</p> <p>De 25 a 29 años.... 4</p> <p>De 30 a 34 años.... 5</p> <p>De 35 a 39 años.... 6</p> <p>40 años o más..... 7</p>
<p>e) <u>Mariguana</u>: hashish. También llamada “mota”, “churro”, etc.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>f) <u>Cocaína</u>: incluyendo todas las diferentes formas como polvo, crack, pasta básica y pasta de coca. También llamada “perico”, “nieve” “grapa”, etc.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>g) <u>Alucinógenos</u>: como hongos, peyote, mezcalina, LSD, PCP, etc. También llamados “ácidos”, “champiñones”, etc.</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>h) <u>Inhalables</u>: como thinner, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, etc. Llamados “chemos”. “memos”, etc</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>i) <u>Heroina, opio</u>: También llamada “arpón”, “ficción”, la “H”</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

	49.- ¿Cuántas veces en su vida la ha usado?	50.- ¿Cuándo fue la última vez que la usó?	51.- ¿Cuántos días la usó en el último mes?	52.- ¿Aproximadamente cuánto dinero le costó la sustancia que usó en los últimos 30 días?
	1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces..... 3 11-49 veces..... 4 50 o más 5	Hoy..... 1 En el último mes..... 2 En el último año, no en el último mes..... 3 Hace más de un año..... 4 NS, NC 9	1 a 5 días..... 1 6-19 días..... 2 20 días o más..... 3	(No incluya ninguna sustancia que Ud. Vendió o regaló)
	Pase a la sig. sust.			
e) <u>Mariguana, hashish.</u>	┌ └	┌ └	┌ └	┌┌┌┌┌ └└└└└
f) <u>Cocaina</u> , incluyendo todas las diferentes formas como polvo, crack, pasta básica y pasta de coca.	┌ └	┌ └	┌ └	┌┌┌┌┌ └└└└└
g) <u>Alucinógenos</u> : como hongos, peyote, mezcalina, LSD, PCP, etc.	┌ └	┌ └	┌ └	┌┌┌┌┌ └└└└└
h) <u>Inhalables</u> : como thinner, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, etc.	┌ └	┌ └	┌ └	┌┌┌┌┌ └└└└└
i) <u>Heroína, opio.</u>	┌ └	┌ └	┌ └	┌┌┌┌┌ └└└└└

NOTA: Al terminar haga anotaciones en Cuadro de Instrucciones pag. 14

53.- ¿Me podría decir si alguna vez en su vida ha consumido alguna de las siguientes drogas que le voy a leer?	SI	NO (pase a sig. sustancia)	¿Cuántas Veces las has usado?	¿La uso en los últimos 30 días?	
				SI	NO
a. Nevado	1	2	_____	1	2
b. Speed Ball	1	2	_____	1	2
c. Esteroides (para desarrollar músculos)	1	2	_____	1	2
d. Éxtasis o tacha	1	2	_____	1	2
e. Venteril	1	2	_____	1	2
f. Plum cace	1	2	_____	1	2
g. Refractil ofteno	1	2	_____	1	2
h. Nubaín	1	2	_____	1	2
i. Otras drogas ¿Cuál?	1	2	_____	1	2

“Las siguientes preguntas son acerca de la inyección de drogas”

54. ¿Alguna vez se ha inyectado una droga sin que un doctor le dijera que lo hiciera?	Si 1 No..... 2 NS, NR 3	Pase Cuadro de Instrucciones Pag. 14
55. ¿Cuándo fue la última vez que usted se inyectó cualquier droga sin que un doctor le dijera que lo hiciera?	Hoy..... 1 Ayer..... 2 En la semana pasada..... 3 En los últimos 30 días..... 4 Hace más de 30 días Pero menos de doce meses... 5 Hace más de 12 meses..... 6	
56. ¿Cuál (es) droga(s) se ha inyectado sin que un doctor le dijera que lo hiciera?	_____ _____ _____ _____ _____ _____	
57. ¿Alguna vez ha usado una jeringa para inyectarse drogas cuando usted sabía o sospechaba que la aguja había sido usada por alguien más?	Sí..... 1 No..... 2 NS, NR..... 9	
58. ¿Alguien más se ha inyectado alguna vez drogas, después de que usted haya usado la aguja	Sí..... 1 No..... 2 NS, NR..... 9	

Cuadro de Instrucciones

No haga esta pregunta sólo verifique preg.43 y 50 de acuerdo con lo siguiente:

Marque

Si contesto.....	
Preg. 43 opciones 1,2 ó 3 ó Preg. 50 opciones 1,2 ó 3Pregunte Columna A y B	
Preg. 43 opción 4 ó Pregunta 50 opción 4.....Pregunte solo Columna A	
Preg. 43 opción 9 ó pregunta 50 opción 9.....Pase a preg. 80	
Si la persona NO consume drogasPase a preg. 80	

“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?”

Sí.....1
 No.....2
 NS, NR.....9

¿Pasó esto en los últimos 12 meses?

	A	B
59. ¿Ha tenido discusiones con familia o amigos por consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. ¿Ha tenido peleas por consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. ¿Lo han arrestado o ha sido reprendido por la policía debido al uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ¿Ha tenido problemas en la escuela y/o en el trabajo por consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. ¿Ha tenido problemas económicos por el uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. ¿Le ha causado problemas el uso de drogas con su familia, amigos, trabajo, escuela o policía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. ¿Alguna vez ha usado alguna droga en tal forma que sintió que la necesitaba o dependía de ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. ¿Alguna vez ha tratado de reducir el uso de alguna droga pero no ha podido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. ¿Alguna vez sintió que necesitaba mayor cantidad de droga para que le hiciera efecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al disminuir o reducir el uso de cualquiera de éstas drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sí.....1
 No.....2
 NS, NR.....9

¿Pasó esto en los últimos 12 meses?

	A	B
69. ¿Ha sentido malestar general, dolores abdominales o calambres al suspender el uso de alguna droga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. ¿Ha tenido problemas de salud como dolores de cabeza persistentes, convulsiones o infecciones como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. ¿Ha sentido que su memoria o concentración son deficientes o que no puede pensar claramente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. ¿Se ha sentido triste, deprimido, o ha perdido interés en las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. ¿Se ha sentido muy nervioso o ansioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. ¿Se ha sentido irritable o molesto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. ¿Se ha sentido suspicaz o desconfiado hacia la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. ¿Ha tenido problemas emocionales o psicológicos debido al uso de drogas, como sentirse perseguido o deprimido, desinteresado en las cosas de la vida o que ha perdido la razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. ¿Ha necesitado ayuda médica de urgencia?	Sí.....1 No.....2	<input type="checkbox"/>

78. ¿Ha solicitado tratamiento alguna vez?	Sí.....1 No.....2	Pase a preg. 80
79. ¿A qué tipo de institución acudió a solicitarlo?	Del sector salud.....1 De carácter religioso.....2 Asociación civil.....3 De carácter privado.....4 Centros de Integración Juvenil.....5 Otro.....6	

“Ahora le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con bebidas alcohólicas”

80. ¿Ha consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol?	Sí.....1 No.....2	Pase a preg. 82
81. ¿Por qué razón nunca ha consumido bebidas que contengan alcohol?	Porque no se acostumbra en casa..... 1 Por religión..... 2 Por miedo a tener un problema..... 3 Porque no le llama la atención..... 4 Otro..... 5	Pase a preg. 136
82. <u>En los últimos 12 meses</u> ¿qué tan seguido tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, Presidencola, etc..)	A diario..... 01 Casi diario (5 a 6 veces por semana)... 02 3-4 veces a la semana..... 03 1-2 veces a la semana..... 04 2-3 veces a la semana..... 05 Una vez al mes..... 06 7-11 veces al año..... 07 3-6 veces al año..... 08 2 veces al año..... 09 Una vez al año..... 10 Menos de una vez al año..... 11 Nunca en los últimos 12 meses Pero sí antes..... 12 N.S. N.R. 99	Bebedor actual Exbebedor Pase a preg. 93A

NOTA: Después de contestar esta pregunta haga anotaciones en preg. 93 pag. 19

83. Cuando toma bebidas alcohólicas como vino, cerveza, destilados, coolers, etc., generalmente, ¿cuántas copas toma usted en cada ocasión o por día?	_____	copas
---	-------	-------

“Las siguientes preguntas son acerca de cuánto vino, cerveza y licor puede ud. haber ingerido. Cuando decimos una copa nos referimos a una botella mediana, lata o vaso de cerveza de 360 ml, copa de vino de mesa, caballito de tequila mezclada que contenga licor”.

84. Durante el año pasado con que frecuencia tomó.....	a) Vino de Mesa?	b) Cooler, Q-bitas, etc.?	c) Cerveza?	d) Brandy, tequila, ron ?	e) Pulque?	f) Alcohol puro, aguardiente?
5 o más copas de...	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
3 o 4 copas de.....	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
1 a 2 copas de.....	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
A diario.....01 Casi diario (5 a 6 veces por semana)02 3 a 4 veces a la semana....03 1 o 2 veces a la semana....04	2 a 3 veces al mes..... 05 Una vez al mes..... 06 De 7 a 11 veces al año..... 07 De 3 a 6 veces al año..... 08 2 veces al año..... 09	Una vez al año..... 10 Menos de una vez al año..... 11 Nunca..... 12 NS, NR..... 99				

Muestre al entrevistado las tarjetas con las fotos de las bebidas: alcohol a granel en envases de plástico o vidrio, sobres de alcohol, alcohol 96°.

85. ¿Podría decirnos si ha consumido alguna bebida alcohólica de éstas presentaciones?

	SI	NO	No conoce la presentación
Alcohol 96°	1	2	9
Alcohol a granel	1	2	9
Sobres de alcohol	1	2	9

Si bebió destilados o aguardiente (opciones de o f) en el último mes (opciones 01 a 06 en cualquier cantidad, 5 o más copas, 3 ó 4 copas, 1 a 2 copas en pregunta 84).

86. ¿Podría decirnos el nombre y la marca de las bebidas que consumió?	Nombre de la bebida (ejemplo: “aguardiente”)	Marca de la bebida (ejemplo: “León”)
Aguardiente	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Destilados (como tequila, mezcal, ron,. etc.)	_____ _____ _____	_____ _____ _____

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.

87. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES ¿cuál es el mayor número de copas que usted ha bebido en un solo día?	24 o más copas en un solo día.....	1	Pase a 88 A
	12 a 23 copas en un solo día.....	2	Pase a 88 A
	8 a 11 copas en un solo día.....	3	Pase a 88 B
	5, 6, o 7 copas en un solo día.....	4	Pase a 88 C
	3 o 4 copas en un solo día.....	5	Pase a 88 D
	1 o 2 copas en un solo día.....	6	Pase a 88 E
	NS, NR.....	9	Pase a 88 A

88. ¿Con que frecuencia..		88 A	88 B	88 C	88 D	88 E
		12 + COPAS	8-11 COPAS	5-7 COPAS	3-4 COPAS	1-2 COPAS
a)	A diario?	1	1	1	1	1
b)	Casi diario (5 o 6 veces por semana) ?	2	2	2	2	2
c)	De tres a cuatro veces a la semana ?	3	3	3	3	3
d)	De una a dos veces a la semana ?	4	4	4	4	4
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 al 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
		preg. A	preg. B	preg. C	preg. D	preg. E

89. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomó lo suficiente como para sentirse borracho o embriagado? (mareado, que no podía hablar, con dificultad para mantenerse en pie o caminar)	A diario.....	01	Pase a preg. 91
	Casi diario (5 a 6 veces por semana)...	02	
	3-4 veces a la semana.....	03	
	1-2 veces a la semana.....	04	
	2-3 veces al mes.....	05	
	una vez al mes.....	06	
	7-11 veces al año.....	07	
	3-6 veces al año.....	08	
	2 veces al año.....	09	
	Una vez al año.....	10	
	Menos de una vez al año.....	11	
	Nunca.....	12	
N.S. N.R.	99		
90. En general ¿con cuántas copas se siente usted tomado, borracho o ebrio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Copas Nuna se ha sentido así..... 98		

91. En los últimos 12 meses, ¿ha solicitado ayuda a alguna institución o persona, para consultar sobre problemas relacionados con su uso de bebidas alcohólicas?	Sí.....1 No.....2	Pase a preg. 93
--	----------------------	------------------------

92. ¿ En cuál de las siguientes agencias o instituciones solicitó ayuda?

a) Hospital General o Centro Comunitario	Sí.....1 No.....2	
b) Hospital o Servicio Psiquiátrico	Sí.....1 No.....2	

c) Grupo de atención médica o médico privado	Sí.....1 No.....2	
d) Alcohólicos Anónimos	Sí.....1 No.....2	
e) Un programa de Alcoholismo	Sí.....1 No.....2	
f) Padre o Sacerdote	Sí.....1 No.....2	
g) Curandero	Sí.....1 No.....2	

No hagas estas preguntas sólo anote el tipo de bebedor de acuerdo con la información de la pregunta 82

93. Es bebedor actualSí	<u>Pase a preg. 95</u>
93 a. Es ex bebedorSí	Pase a preg. 94

94. ¿Dejó de beber por haber tenido algún problema con su forma de beber?	Sí.....1	—	<u>Continúe</u>
	No.....2	—	Pase a preg. 135

“Ahora le voy a a leer algunas experiencias que muchas personas han reportado en relación con el uso de bebidas alcohólicas. Cuando yo lea cada una por favor indique si le ha ocurrido alguna vez en su vida”.

¿Alguna vez.....	Bebedor actual			
	A ALGUNA VEZ		B ULTIMOS 12 MESES	
	SI	NO	SI	NO
95. Tuvo problemas con las autoridades mientras usaba bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo?	1	2	1	2
96. Ha sido arrestado(a) mientras conducía después de tomarse unas copas?	1	2	1	2
97. Ha estado embriagado(a) por varios días?	1	2	1	2
98. Empezó a tomar, y fue difícil parar antes de sentirse completamente embriagado(a) ?	1	2	1	2

¿ Alguna vez.....			<i>Bebedor Actual</i>	
	A Alguna Vez		B Últimos 12 Meses	
	SI	NO	SI	NO
99. Se ha enfermado debido al mal uso de bebidas alcohólicas, lo cual le ha impedido realizar sus actividades usuales por una semana o mas?	1	2	1	2
100. Ha pensado que sus hábitos de beber se han convertido en una amenaza seria para su salud?	1	2	1	2
101. Un medico le recomendó que tomara menos?	1	2	1	2
Si no trabaja o nunca ha trabajado pase a pregunta 105	1	2	1	2
102. Ha perdido o casi perdió un trabajo, debido a la bebida?	1	2	1	2
103. Sus compañeros(as) de trabajo le han sugerido que deje de tomar	1	2	1	2
104. La bebida ha sido la causa de que no le den un ascenso en el trabajo, o que no le aumenten el sueldo, o de que consiga un empleo mejor?	1	2	1	2

105. Tenia miedo de ser una alcohólico(a) ?	1	2	1	2
106. Comenzo una pelea con alguien que no era de su familia cuando habia estado tomando ?	1	2	1	2
107. Ha golpeado a alguien, ha atacado a alguien, o les ha pegado con algo cuando ha estado tomando ?	1	2	1	2
108. Se ha levantado al siguiente dia sin poder recordar algunas de las cosas que hizo mientras estuvo bebiendo ?	1	2	1	2
109. Algunas veces ha continuado tomando a pesar de haberse prometido a sí mismo(a) no hacerlo ?	1	2	1	2
110. Ha tratado de reducir su numero de copas y/o las veces que tomo pero no ha podido ?	1	2	1	2

Si es soltero(a) y no tiene pareja pase a la pregunta 114				
111. Comenzo una discusión o pelea con su esposo(a) compañero(a) cuando estuvo tomando?	1	2	1	2
112. Su esposa(o) o la persona con quien vivia se enfurecia con Ud. por causa de la bebida y por su comportamiento mientras bebia ?	1	2	1	2
113. Su esposo(a) o la persona con quien vivia le amenazo con dejarle por causa de la bebida ?	1	2	1	2

¿ Alguna vez.....			<i>Bebedor Actual</i>	
	A Alguna Vez		B Últimos 12 Meses	
	SI	NO	SI	NO
114. Sintió que el tomar bebidas alcohólicas causo problemas entre sus hijos y Ud.	1	2	1	2
115. Algunas veces su deseo por una copa es muy fuerte?	1	2	1	2
116. Comenzo a tomar bebidas alcohólicas a pesar de que no tenia la intención de hacerlo?	1	2	1	2
117. Una y otra vez ha querido disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?	1	2	1	2
118. Descubrió que necesitaba una copa para no tener temblores o para no enfermarse?	1	2	1	2

119. Se enfermo o vomito después de tomar bebidas alcoholicas o ne la mañana siguiente?	1	2	1	2
120. Estaba Deprimido(a), irritable o nervioso(a) después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?	1	2	1	2
121. Descubrió que la misma cantidad de bebidas alcoholicas tenian mucho menos efecto que antes?	1	2	1	2
122. Ha tenido que dejar o reducir trabajo importante o actividades sociales debido a su gusto por las bebidas alcoholicas	1	2	1	2
123. Ha tenido que dejar o rechazar placeres o intereses por favorecer el tomar bebidas alcoholicas?	1	2	1	2
124. Paso mucho tiempo tomando bebidas alcoholicas o reponiéndose de los efectos de la bebida o haciendo cosas para obtener alcohol?	1	2	1	2

125. Se mantuvo tomando bebidas alcoholicas aunque sabia que tenia un problema de salud causado o empeorado por andar bebiendo?	1	2	1	2
126. Se mantuvo tomando bebidas alcoholicas a pesar de que sentia que le beber le estaba causando problemas psicológicos o emocionales?	1	2	1	2
127. Vio, sintió, o escucho cosas que en realidad no se encontraban ahí cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer?	1	2	1	2
128. Tuvo ataques o convulsiones cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer?	1	2	1	2

129. Hay varios problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida. ¿La bebida en los últimos 12 meses le causo....

a) una enfermedad del hígado o hepatitis?	Si.....1 No.....2	
b) enfermedad del estómago o sangre al vomitar?	Si.....1 No.....2	
c) hormigueo o entumecimiento en los pies?	Si.....1 No.....2	
d) problemas de memoria aun cuando no estaba bebiendo?	Si.....1 No.....2	
e) pancreatitis?	Si.....1 No.....2	
f) cualquier otra enfermedad? ¿Cuál? _____	Si.....1 No.....2	

Nota: Si en la serie anterior todas las respuestas son NO=2 pase al pret. 131

130. ¿Continuo usted bebiendo aun depuse de saber que esto le causaba cualquiera de estos problemas?	Si.....1 No.....2	
131. En los ultimos 12 meses, ¿se ha metido en problemas mientras conducía (manejaba), como tener un accidente o ser arrestrado(a) por conducir (manejar) ebrio(a) (borracho/a)?	Si.....1 No.....2	
132. ¿Ocurrio esto varias veces?	Si.....1 No.....2	
133. ¿Ha estado bajo de influencia del alcohol en situaciones en que corria mas riesgo de hacerse daño, es decir, mientras corria en bicicleta, conducia (guiaba) un automóvil, lancha u operaba una maquinaria?	Si.....1 No.....2	
134. La bebida o el efecto de la bebida al dia siguiente (resaca), ¿le ha impedido a menudo trabajar, asistir a la escuela u ocuparse de sus hijos?	Si.....1 No.....2	

135. ¿Qué edad tenia cuando probó su primera copa completa (sin contar probaditas)?	_ _ Años	
---	-----------	--

136. ¿Qué facil cre usted que sea conseguir drogas (como mariguana, occaina o inhalantes) si ud. quisiera?	Imposible.....1 Muy difícil.....2 Difícil.....3 Facil.....4 Muy facil.....5 No sabe.....6		
137. ¿Cuántos de sus conocidos puede decir usted con seguridad que han usado:	Mariguana..... _ _ Cocaina..... _ _ Heroína, opio..... _ _ Inhalantes..... _ _ Aucinogenos..... _ _ Ninguno.....00 NS, NR.....99	Pase a preg.139	
138. Entre estas personas se incluyen:	<i>(Puede marcar más de una opción)</i> Amigos o compañeros?..... Parientes?..... Hijos (as)?..... Hermanos (as)?..... Padres?	SI 1 1 1 1 1	NO 2 2 2 2 2
139. ¿Cómo cree que ha evolucionado el problema de las drogas ilegales en lis últimos 5 años en México?	Se ha incrementado el numero de usuarios1 Sigue Igual2 Parece que va disminuyendo.....3 NS, NR.....9		
140. ¿Un adicto es una persona	<i>(puede marcar mas de una opcion)</i> Enferma?.....1 Debil?.....2 Independiente?.....3 Egoista?.....4 Que necesita Ayuda?.....5 NS, NR.....9		
141. ¿Cuál de la siguientes sustancias piensa que podruce adicción?	<i>(puede marcar mas de una opcion)</i> Mariguana.....1 Cocaina.....2 Heroína, opio.....3 Inhalantes.....4 Aucinogenos.....5		

142. ¿Cuál de las siguientes opciones considera que sería la mejor para rehabilitar a un adicto?	Que lo metan a la cárcel.....1 Que los internen en hospitales psiquiátricos2 Que los metan en granjas especiales para adictos lejos de la ciudad3 Curarles en su propio ambiente.....4 Que se curen por su cuenta5		
143. ¿El consumo de drogas ilegales tiene relación con los índices de violencia familiar y social?	Si.....1 No.....2 NS,NR.....9		
144. ¿El consumo de drogas ilegales tiene relación con los accidentes?	Si.....1 No.....2 NS,NR.....9		
145. ¿Debería permitirse el uso de marihuana con fines médicos?	Si.....1 No.....2 NS,NR.....9		
146. ¿Debería legalizarse el consumo de marihuana?	Si.....1 No.....2 NS,NR.....9		
147. ¿Debería legalizarse todas las drogas?	Si.....1 No.....2 NS,NR.....9		
148. ¿Qué posibles consecuencias cree Ud. que tendría la legalización de la venta de drogas en general?	Aumentaría el consumo de drogas..... Se evitarían las adulteraciones en las drogas Se gastaría más dinero en la atención de los adictos..... Disminuiría la seguridad ciudadana..... Los narcotraficantes perderían poder... Disminuirían las enfermedades relacionadas con las drogas..... Se debilitarían los valores morales y religiosos..... Las drogas serían más baratas.....	SI 1 1 1 1 1 1 1 1	NO 2 2 2 2 2 2 2 2

ESCALA DE OPINIÓN PARA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Preguntar a mujeres que hayan tenido o tengan pareja.

a1. Si me permite, voy a hacerle unas preguntas sobre su relación con su pareja o expareja. ¿*Alguna vez* en su vida en el momento de una discusión o conflicto con él, le han sucedido las siguientes cosas?:

	SI	NO <i>Pase a siguiente</i>	¿Pasó esto cuando estaba bebiendo alcohol?	
			SI	NO
¿SU PAREJA O EX PAREJA?				
a) Le ha gritado, insultado o humillado?	1	2	1	2
b) Le ha amenazado con pegarle?	1	2	1	2
c) La ha golpeado?	1	2	1	2
d) La ha forzado a tener relaciones sexuales?	1	2	1	2
e) La ha amenazado con matarla?	1	2	1	2
f) Si la ha amenazado con matarla, ¿usted cree que es capaz de hacerlo?	1	2	1	2
g) Controla o ha controlado la mayor parte de sus actividades? (por ejemplo, ¿no deja hacer lo que a usted le interesa?)	1	2	1	2
h) Ha sido golpeada por su pareja cuando estaba embarazada?	1	2	1	2
i) La ha amenazado con suicidarse, o lo ha intentado?	1	2	1	2
j) Usted ha amenazado a su pareja con suicidarse, o lo ha intentado?	1	2	1	2
k) Es violento con sus hijos?	1	2	1	2
l) Es violento fuera del hogar?	1	2	1	2
m) Manifiesta sus celos violentamente?	1	2	1	2
n) Le ha pasado alguna de las situaciones anteriores en los últimos 12 meses?	1	2	1	2

NOTA: Si No contesto afirmativamente a ninguna de las preguntas anteriores pase al inciso r)

		¿Paso esto cuando estaba bebiendo alcohol?	
		SI	NO
o) ¿Cuándo se inicio la violencia?	p) Desde que eran novios	1	2
	q) A partir de que se casó	1	2
	r) A partir del nacimiento del primer hijo	1	2
	s) Entre 1 y 3 años de estar casados	1	2
	t) A los 14 años de estar casados	1	2

			¿Le ayudaron?	
	SI	NO (Pase a r)	SI	NO
p) Si ha sucedido alguna de las anteriores, ¿ha solicitado alguna ayuda?	1	2	1	2
q) ¿En donde?	1	2	1	2
Centro de Salud				
Urgencias de cualquier Hospital	1	2	1	2
Institución Privada	1	2	1	2
Curandero	1	2	1	2
Familiares	1	2	1	2
Sacerdote, Ministro	1	2	1	2
Vecinos	1	2	1	2
Delegación, Ministerio Publico	1	2	1	2

				¿Le paso esto cuando estaba tomado(a) ?	
				SI	NO
q) ¿A usted lo golpearon sus padres cuando era niña?	Padre	Si 1	No 2	1	2
	Madre	Si 1	No 2	1	2
r) ¿Se acuerda de haber visto a su padre golpear a su madre alguna vez?	Si1 Muy seguido.....2 No3			1	2

ESCALA DE DEPRESIÓN

a2. Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor ¿puede indicarme el **numero de días (de 0 a 7)** en que se sintió así **DURANTE LA SEMANA PASADA?**

NOTA: Lea las opciones de respuesta

Numero de días:

a) Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
b) No tenia hambre, no tenia apetito	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
c) Sentía que no podía quitarse de la tristeza ni con la ayuda de su familia y amigos	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
d) Sentía que era tan bueno como los demás	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
e) Tenía dificultad para concentrarse en lo que estaba haciendo	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
f) Se sentía deprimido (a)	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
g) Sentía que todo lo que hacía le costaba mucho esfuerzo.	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
h) Veía el futuro con esperanza	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
i) Pensaba que su vida era un fracaso	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
j) Tenía Miedo	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	

k) Dormía sin descansar	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
l) Estaba Feliz	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
m) Platicaba menos de lo normal	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
n) Se sentía solo (a)	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
o) Sentía que la gente era poco amigable	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
p) Disfruto de la vida	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
q) Lloraba a ratos	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
r) Se sentía triste	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
s) Sentía que no le caía bien a otros	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
t) No podía "Seguir adelante"	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	
u) Tenía pensamientos sobre la muerte	0.....1 1 - 2.....2 3 - 4.....3 5 - 7.....4	

v) Sentía que su familia estaría mejor si usted estuviera muerto (a)	0.....1 1 – 2.....2 3 – 4.....3 5 – 7.....4	
w) Penso matarse	0.....1 1 – 2.....2 3 – 4.....3 5 – 7.....4	

a3. Ahora, por favor dígame si ha tenido alguna de estas experiencias en los últimos 12 meses:

a) ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?	Si.....1 No.....2	
b) ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?	Si.....1 No.....2	
c) ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?	Si.....1 No.....2	
d) ¿Ha estado a punto de intentar quitarse la vida?	Si.....1 No.....2	

a4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentó quitarse la vida?	Nunca en los últimos 12 meses.....1 1 vez.....2 2 ó 3 veces3 4 ó 5 veces4 6 ó más veces5	
a5. Si intentó quitarse la vida en los últimos 12 meses, estuvo hospitalizado o bajo tratamiento médico debido a la gravedad de las lesiones que tuvo?	Si.....1 No.....2	
a6. ¿Qué motivó el deseo de quitarse la vida?	Causa amorosa1 Problemas económicos.....2 Problemas Familiares.....3 Enfermedad grave o incurable.....4 Alcoholismo.....5 Drogadicción6 Enfermedad mental.....7 Otros, especifique:8	