

**SECRETARÍA DE SALUD**

**ENCUESTA DE HOGARES 2005**

**YUCATÁN**

**(12 A 65 AÑOS)**



**Coordinación de Salud Mental**  
**Secretaría de Salud**  
**Servicios de Salud de Yucatán**



**INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL HOGAR AL QUE PERTENECE EL SELECCIONADO**

Yucatán 3 | 1 |      Región:    1. Mérida      2. Colindante con Quintana Roo      3. Resto del Estado

Municipio \_\_\_\_\_ | Localidad \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

AGEB \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Manzana \_\_\_\_\_      Vivienda \_\_\_\_\_      Hogar |\_\_\_\_| de |\_\_\_\_|

Domicilio de la vivienda \_\_\_\_\_  
*(Calle, avenida, callejón, carretera, camino o descripción de la vivienda)*

\_\_\_\_\_  
*Número exterior      Número interior      Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional*

**ENTREVISTADOR: EN LA SIGUIENTE TABLA REGISTRE CADA UNA DE SUS VISITAS A LA VIVIENDA SELECCIONADA PARA REALIZAR LA ENTREVISTA INDIVIDUAL SEGÚN CODIGO DE RESULTADO.**

**RESULTADOS DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

VISITAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4
FECHA	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				
NUMERO	____   ____	____   ____	____   ____	____   ____
HORA DE INICIO	____ : ____ Horas Minutos			
HORA DE TERMINO	____ : ____ Horas Minutos			
RESULTADO *	____	____	____	____

**\* Código de resultado**

1. Entrevista completa	4. Aplazada/ cita	7. Se negó a dar información
2. Entrevista incompleta <i>(anote en observaciones)</i>	5. Nadie en casa	8. Otros <i>(anote en observaciones)</i>
3. Ausente temporal	6. Informante inadecuado	

**ENTREVISTADOR: EN CASO DE REGISTRAR LOS CODIGOS DE RESULTADO 3 A 8 ESPECIFIQUE EN "OBSERVACIONES"**

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Folio del cuestionario de cuestionario de hogar \_\_\_\_\_

Nombre del informante seleccionado \_\_\_\_\_      Número de renglón \_\_\_\_\_

TIPO DE SUPERVISIÓN DE CAMPO:    1. DIRECTA      2. POSTERIOR      3. REVISIÓN

	SUPERVISADO POR:	REVISIÓN EN GABINETE	CRITICADO – CODIFICADO POR	SUPERVISOR DE CODIFICACIÓN
NOMBRE				
NUMERO	____   ____	____   ____	____   ____	____   ____
FECHA	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año	____ - ____ - <u>2 0 0 5</u> Día Mes Año

Lea cada una de las preguntas al entrevistado, asegurándose de que las entienda y encierre en un círculo cada una de las respuestas. Hay preguntas en las que marcará una sola respuesta, sin embargo también se encontrará preguntas en donde se puede marcar más de una 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 indicará 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 bebidas alcohólicas y otras sustancias, así como las opiniones, actitudes y problemas asociados con ese 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 la ciudad donde se está realizando la entrevista	Ciudad Juárez .....	1	
	Monterrey .....	2	
	Querétaro .....	3	
	Tijuana .....	4	
	Yucatán Especifique.....	5	

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

**“Ahora empezaré haciéndole algunas preguntas generales”.**

3. ¿Qué edad tiene?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años cumplidos	
4. Dígame por favor, su fecha de nacimiento: día, mes y año	<input type="text"/> <input type="text"/> Día            Mes            Año No sabe/No contesta .....99	
5. Además del español, ¿habla otro idioma ó dialecto? (aunque sea un poco), incluya lenguaje nativo como Mixteco, Zapoteco, Maya, Chol, ó Náhuatl	Si.....1 ¿Cuál? _____ No .....2	

**Familia: Hijos y Vida Marital**

6. ¿Entre la gente que usted conoce, existe alguna persona con quien tenga una relación amorosa?	Si ..... 1 No ..... 2 → <b>Pase a P 10</b>	
7. ¿Cuánto tiempo ha estado con esta pareja?	Años <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	
8. ¿Esta persona/su pareja, es hombre o mujer?	Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	

9. ¿Es mayor de edad?	Si ..... 1 No ..... 2	
10. ¿Alguna vez ha tenido niños, incluyendo adoptados o hijastros?	Si ..... 1 No ..... 2	→ Pase a P 13 si es mujer, Si es hombre a P 15
11. ¿Cuántos niños viven con usted incluyendo adoptados, hijastros, hijos de su pareja o nietos?	<input type="text"/> <input type="text"/> niños	
12. ¿Cuántos de ellos tienen menos de 18 años?	<input type="text"/> <input type="text"/> niños	
<b>Nota 1:</b> Si la persona que entrevista es hombre Pase a P 15		
13. ¿Actualmente está embarazada?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	
14. ¿Está amamantando (Lactando, criando)?	Si ..... 1 No ..... 2	
15. ¿Cuál es su estado civil?	Casado(a) ..... 1 Unión Libre ..... 2 Separado(a) ..... 3 Divorciado(a) ..... 4 Viudo(a) ..... 5 Soltero(a) ..... 6	
16. ¿Cuál es su religión?	Católica ..... 1 Protestante o Evangélica Especifique: ..... 2 Judaica ..... 3 Cristiana ..... 4 Otra especifique: ..... 5 Ninguna religión ..... 6	
17. ¿Cuál fue el último nivel educativo que completó en la escuela?	Nunca ha asistido a la escuela ..... 1 Primaria incompleta (1 a 5 años) ..... 2 Primaria completa (6 años) ..... 3 Secundaria incompleta (1 a 2 años) ..... 4 Secundaria completa o equivalente (3 años) ..... 5 Bachillerato incompleto (1 a 2 años) ..... 6 Bachillerato completo o equivalente (3 años) ..... 7 Estudios Universitarios incompletos (1 a 3 años) ..... 8 Estudios Universitarios completos (4 a 5 años) ..... 9 Estudios de Posgrado (2 a 4 años) ..... 10 No responde ..... 99	→ Pase a P 20
18. ¿Cuántos años de educación completó?	<input type="text"/> <input type="text"/> No. de años	
<b>Nota 2:</b> Haga el cálculo total a partir de la primaria		
19. ¿En qué país o estado(s) de la República Mexicana estudió la mayor parte del tiempo? Incluya primaria, secundaria, preparatoria, universidad y/o escuela vocacional.	<input type="text"/> <input type="text"/> Especifique República Mexicana  <input type="text"/> Especifique País	<b>Nota 3:</b> Consulte la tarjeta de estados y anote el código correspondiente, en caso de ser otro país, sólo anótelos.

20. ¿Trabajó usted durante los últimos 30 días?	Si ..... 1 No ..... 2	→ <b>Pase a P 22</b>
21. ¿Por qué motivo no trabajó?	Busca trabajo ..... 01 Se dedica al hogar ..... 02 Estudia ..... 03 Es pensionado o jubilado ..... 04 Es rentista ..... 05 Por incapacidad permanente ..... 06 Despido ..... 07 Desempleado ..... 08 Renuncia ..... 09 Jornada especial ..... 10 Por incapacidad temporal ..... 11 Por vacaciones ..... 12 Por problemas del lugar de trabajo ..... 13 Otra(s) razón(es): ..... 14 <p style="text-align: center;">Especifique</p>	} <b>Pase a P 23</b>
22. ¿Es usted el(la) asalariado(a) principal ó jefe de familia en su casa, o sea, suministra usted, más de la mitad del ingreso en su casa?	Si ..... 1 No ..... 2	

23. ¿Cuál es la ocupación del jefe de familia? (¿Cuál es su ocupación?)	
<i>Nota 4: En caso de que el entrevistado (E) NO sea el jefe de familia (JF) registre su ocupación en columna para entrevistado</i>	
<i>Nota 5: En caso de que el jefe de familia(JF) y el entrevistado (E) sean la misma persona, <u>codifique dos veces</u> la respuesta correspondiente.</i>	
JEFE DE FAMILIA	ENTREVISTADO
Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario).....01 Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.) .....02 Director ó propietario de empresa o negocio .....03 Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea).....04 Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales .....05 Obrero calificado (tornero, mecánico encuadernador, etc) .....06 Obrero no calificado, con trabajo eventual, cabo, soldado raso, personal de servicios domésticos (chofer, mozo, jardinero), albañil, taxista .....07 Agricultor .....08 Campesino .....09 Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.) .....10 Estudiante .....11 Ama de casa .....12 Otro: ..... 14 <p style="text-align: center;">Especifique</p>	Profesionista (con estudios universitarios, maestro universitario)..... 01 Maestro (de primaria, secundaria, preparatoria, etc.) ..... 02 Director ó propietario de empresa o negocio ..... 03 Propietario de pequeño comercio (tienda, restaurante, miscelánea) ..... 04 Empleado de banco, oficina, establecimiento o dependencias gubernamentales..... 05 Obrero calificado (tornero, mecánico encuadernador, etc)..... 06 Obrero no calificado, con trabajo eventual, cabo, soldado raso, personal de servicios domésticos (chofer, mozo, jardinero), albañil, taxista ..... 07 Agricultor ..... 08 Campesino ..... 09 Subempleado (vendedor no asalariado, bolero, lavacoches, jornalero, etc.) ..... 10 Estudiante ..... 11 Ama de casa ..... 12 Otro: ..... 14 <p style="text-align: center;">Especifique</p>

**24. Aproximadamente ¿cuál es el ingreso mensual familiar ?**

**Nota 6:** Asegúrese de que el entrevistado incluya el dinero que aportan todos los que contribuyen al gasto familiar

<b>Región A TIJUANA y CD. JUÁREZ</b>		<b>Región B MONTERREY</b>		<b>Región C QUERÉTARO y YUCATÁN</b>	
Salario Mínimo por día \$46.80 Salario Mínimo por mes \$1,404.00		Salario Mínimo por día \$45.35 Salario Mínimo por mes \$1,360.50		Salario Mínimo por día \$44.05 Salario Mínimo por mes \$1,321.50	
Vigente a partir del 1°. de Enero del 2005, de acuerdo a la Comisión Nacional de Salarios Mínimos.		Vigente a partir del 1°. de Enero del 2005, de acuerdo a la Comisión Nacional de Salarios Mínimos		Vigente a partir del 1°. de Enero del 2005, de acuerdo a la Com. Nacional de Salarios Mínimos	
Menos de un salario mínimo (hasta \$1,403.00)	<b>1</b>	Menos de un salario mínimo (hasta \$1,359.50)	<b>1</b>	Menos de un salario mínimo (hasta \$1,320.50)	<b>1</b>
Un salario mínimo (\$1,404.00)	<b>2</b>	Un salario mínimo (\$1,360.50)	<b>2</b>	Un salario mínimo (\$1,321.50)	<b>2</b>
Hasta 2 veces el salario mínimo (\$1,405.00 a \$2,808.00)	<b>3</b>	Hasta 2 veces el salario mínimo (\$1,361.50 a \$2,721.00)	<b>3</b>	Hasta 2 veces el salario mínimo (\$1,322.00 a \$2,643.00)	<b>3</b>
De 2 a 4 salarios mínimos (\$2,809.00 a \$5,616.00)	<b>4</b>	De 2 a 4 salarios mínimos (\$2,721.00 a \$5,442.00)	<b>4</b>	De 2 a 4 salarios mínimos (\$2,644.00 a \$5,286.00)	<b>4</b>
De 4 a 6 salarios mínimos (\$5,617.00 a \$8,424.00)	<b>5</b>	De 4 a 6 salarios mínimos (\$5,443.00 a \$8,163.00)	<b>5</b>	De 4 a 6 salarios mínimos (\$5,287.00 a \$7,929.00)	<b>5</b>
De 6 a 8 salarios mínimos (\$8,425.00 a \$11,232.00)	<b>6</b>	De 6 a 8 salarios mínimos (\$8,164 a \$10,884.00)	<b>6</b>	De 6 a 8 salarios mínimos (\$7,930.00 a \$10,572.00)	<b>6</b>
No sabe/No contesta	<b>9</b>	No sabe/No contesta.	<b>9</b>	No sabe/No contesta.	<b>9</b>

**25. ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?**

No. de personas

<b>27. ¿En qué estado o país nació...</b>	Su padre? _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Nota: 3 a</b> Consulte la tarjeta de estados y anote el código correspondiente, en caso de ser otro país, sólo anótelos.
	Especifique	
	Su madre? _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>28. ¿Hace cuánto tiempo que vive en este estado?</b>	_____ Años	<b>Pase a Nota 7</b>
	Menos de un año ..... 97	
	Siempre ..... 90	
	No sabe/ No contesta ..... 99	
<b>29. ¿En qué estado o país vivía antes de venir a vivir aquí?</b>	Estado o País _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Nota: 3 b</b> Consulte la tarjeta de estados y anote el código correspondiente, en caso de ser otro país, sólo anótelos.

<i>Nota 7: Si el entrevistado es menor de 16 años, pregunte opción B. Para mayores de 16 años pregunte opciones A y B y anote en los recuadros de la columna</i>	Una gran urbe? ..... 1 Una ciudad mediana? ..... 2 Una ciudad pequeña? ..... 3 Un poblado? ..... 4 Una ranchería? ..... 5 No sabe/ No contesta ..... 9	A <input type="checkbox"/>  B <input type="checkbox"/>
30. A. El lugar en que vivió la mayor parte del tiempo antes de cumplir 16 años era (es) B. El lugar en donde ha vivido la mayor parte del tiempo es (era)		
31. ¿Cuántos de sus cuatro abuelos nacieron en la República Mexicana?	<input type="text"/> Número No sabe/No contesta ..... 9	

32. ¿Está usted afiliado(a) a alguna institución de salud o tiene seguro médico privado?	Si..... ¿cuál? ..... 1 → No ..... 2 →	<b>Continúe</b> <b>Pase a P 33</b>
a) Seguro de Gastos Médicos	Si ..... 1 No ..... 2	
b) IMSS	Si ..... 1 No ..... 2	
c) ISSSTE	Si ..... 1 No ..... 2	
d) Seguro Popular	Si ..... 1 No ..... 2	
e) Otro(s). Especifique: _____	Si ..... 1 No ..... 2	

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

33. ¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?	Si ..... 1 No ..... 2 →	<b>Pase a P 53</b>
34. ¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por <b>primera vez</b> , aunque fuera una sola fumada de un cigarro, de un puro o de una pipa? <b>Anote la edad exacta.</b> Si “E” no sabe ó si la respuesta es SI “ <b>toda la vida</b> ”, ó “ <b>desde que, me acuerdo</b> ”, continuar preguntando <b>¿Fue antes de la adolescencia?</b> Si “E” continua sin saber, pregunte <b>¿Fue antes de los veinte años?</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años  Antes de la adolescencia ..... 12 Antes de los 20..... 19 No sabe/No contesta ..... 99	
35. ¿Cuál considera que es la razón principal por la que empezó a fumar?	Porque en su familia alguien fumaba ..... 1 Porque sus compañeros o amigos fumaban ..... 2 Por presión de grupo ..... 3 Por curiosidad ..... 4 Para tranquilizarse..... 5 Para sentirse o parecer adulto(a) ..... 6 No recuerda..... 7 Otra razón ..... 8 No sabe/No contesta ..... 9	
36. En toda su vida ¿ha fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	Si ..... 1 No ..... 2	

<p><b>37. ¿A qué edad inició el consumo diario de tabaco? Anote la edad exacta.</b></p> <p><b>Si no sabe ó si la respuesta es SI “toda la vida”, ó “ desde que, me acuerdo”, Continuar preguntando ¿fue antes de la adolescencia?</b></p> <p><b>Si NO/NS, Continuar preguntando ¿fue antes de los veinte años?</b></p>	<p style="text-align: center;">□ □ □ Años</p> <p>Antes de la adolescencia ..... 12 Antes de los 20..... 19 No ha consumido diario..... 97 No sabe/No contesta ..... 99</p>	<p>→ <b>Pase a P 39</b></p>
<p><b>38. ¿Cuántos años ha fumado /fumó usted, a diario?</b></p>	<p style="text-align: center;">□ □ □ Años</p> <p>Menos de un año ..... 97</p>	
<p><b>39. ¿Cuántos cigarros se fuma/fumaba por día?</b></p>	<p>Menos de 16 cigarros ..... 1 De 16 a 25 cigarros ..... 2 Más de 25 cigarros..... 3</p>	
<p><b>40. ¿Cuándo fue la última vez que se fumó un cigarro?</b></p>	<p>En el 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 año o más pero menos de 3 años ..... 4 Hace más de 3 años..... 5</p>	<p><b>Fumador Activo → Continúe</b></p> <p><b>Exfumador → Pase a P 47</b></p>
<p><b>40 A. ¿Cuántos cigarros fuma y con qué frecuencia?</b></p>	<p>Diario?..... □ □ □ 1 Semanal?..... □ □ □ □ 2 Mensual?..... □ □ □ □ 3 Ocasional?..... □ □ □ □ 4 Al menos una vez al año?..... □ □ □ □ 5 No sabe/No contesta .....99</p>	

**Fumador Activo**

<p><b>41. ¿Le da el “golpe” al cigarro?</b></p>	<p>Nunca ..... 1 Algunas veces ..... 2 Siempre ..... 3</p>	
<p><b>42. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarro?</b></p>	<p>Primeros 5 minutos ..... 1 Entre 6 y 30 minutos ..... 2 Entre 31 y 60 minutos ..... 3 Más de 1 hora..... 4</p>	
<p><b>43. ¿Cuándo fuma usted más?</b></p>	<p>En las mañanas..... 1 En las tardes/al anochecer.....2</p>	
<p><b>44. ¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)</b></p>	<p>Si ..... 1 No ..... 2</p>	
<p><b>45. De los cigarros que fuma durante el día, ¿cuál sería el más difícil de dejar para usted?</b></p>	<p>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</p>	
<p><b>46. ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?</b></p>	<p>Si ..... 1 No ..... 2</p>	<p><b>Pase a P 52 si “E” es menor de edad (12-17) si es mayor pase a P 53</b></p>

**Exfumador**

47. ¿Hace cuántos años dejó de fumar?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> Años         </div> Menos de un año..... 97	
48. Cuando fumaba ¿cuántos cigarros consumía y con qué frecuencia	Diario?..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1 Semanal?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 Mensual?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 Ocasional?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 4 No sabe/No contesta .....99	
49. ¿Cuál es la razón <u>principal</u> por la que dejó de fumar?	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 enfermedad ..... 5 Por restricción en su área de trabajo y otros lugares..... 6 Otra razón.(especifique)..... 7 No sabe/No contesta.....9	
50. ¿Cómo dejó usted de fumar?  <i>Indique la más importante</i>	Se sometió a un tratamiento ..... 1 ¿cuál? (Especifique) _____ Dejó de fumar súbitamente ..... 2 Disminuyó gradualmente el número de cigarros..... 3 Dejó de comprar cigarros..... 4 Sustituyó el fumar por otra actividad..... 5 Otra razón. (especifique) ..... 6 No sabe/No contesta .....9	
51. ¿Le preocupa volver a fumar?	Si ..... 1 No ..... 2	<i>Nota 8. Si "E" es menor de edad continúe. Si es mayor de edad pase a P 53.</i>

<b>52. Generalmente ¿Cómo acostumbras/aconstumbrabas a conseguir los cigarros que fumas? (Marque una sola respuesta por cada inciso).</b>		
a) Los compra(ba) en una tienda	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
b) Los consigue(guía) en su casa con permiso de sus papás	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
c) Los compra(ba) en las tiendas o puestos afuera de la escuela.	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
d) Los compra(ba) en la escuela	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
e) Los cigarros los compra(ba) sueltos ( <i>De uno en uno, por pieza</i> )	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	

f) Cuando compra(ba) cigarros el vendedor le pregunta(ba) su edad	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
g) Cuando compra(ba) cigarros, el vendedor le exige(ía) su identificación oficial.	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	
h) Compra(ba) cigarros en máquinas automáticas	Siempre ..... 1 Casi siempre ..... 2 Algunas veces ..... 3 Nunca ..... 4	

### Fumador Pasivo

53. ¿Le molesta que la gente fume cerca de usted?	Si ..... 1 No ..... 2	
53 A. De las personas con las que convive a diario ¿cuántas de ellas fuman.....  <i>Si no aplica anote 96 en los recuadros</i> <i>Si la respuesta es “Ninguno” anote 98</i> <i>No sabe/No contesta anote 99</i>	Dentro de su casa? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  En el salón de clases? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  En su lugar de trabajo? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

54. ¿Ha obtenido información sobre fiestas <b>RAVE</b> por internet?	Si ..... 1 No..... 2	
54 A. ¿Ha asistido a fiestas <b>RAVE</b> ?	Si ..... 1 No..... 2	
54 B. ¿Alguna vez le han ofrecido alguna droga (regalada)?	Si ..... 1 No..... 2 → <b>Pase a P 54D</b>	
54 C. ¿Cuántos años tenía la primera vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años	
54 D. ¿Qué edad tenía la primera vez que alguien le ofreció que usted comprara drogas?	Si..... 1 No..... 2 No me ha pasado..... 3	
54 E. ¿Ha buscado información en internet sobre drogas como: Opiáceos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas, marihuana, cocaína, crack, heroína, etc.?	Si ..... 1 No ..... 2	
54 F. ¿Ha intentado comprar ó ha comprado en internet drogas como: Opiáceos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas, marihuana, cocaína, crack, heroína, etc.?	Si ha intentado..... 1 Si ha comprado..... 2 No..... 3	

**“Ahora quisiera platicar con usted de algunas otras sustancias”.**

**Nota 9:** Las preguntas de los dos cuadros siguientes se hacen y se codifican de manera totalmente diferente a las demás. Primero pregunte **P55**, de forma vertical y a partir de **P56** pregunte, en forma horizontal sólo por las sustancias médicas que el entrevistado haya mencionado en **P55**, que sí ha consumido. Anote los números correspondientes a la(s) respuestas en los recuadros. Si el entrevistado responde que **SI** ha usado alguna(s), anotaré el “1” en el recuadro correspondiente. En caso de que la respuesta sea **NO**, escribirá “2” y pasará a preguntar por la siguiente droga o medicamento. Es muy importante que siga las instrucciones en cada pregunta.

<p><b>55.</b> Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones, ¿me podría decir si ha tomado, usado, probado ?(<b>inicie con la primera droga</b>)</p> <p>Si.....1      <i>Continúe</i></p> <p>No.....2      } <i>Pase a la</i></p> <p>NS/NC.....9 } <i>siguiente sustancia</i></p>	<p><b>56.</b> ¿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 y escriba todos los que aplique</i></p> <p><b>¿Ha usado alguna de estas?</b> <b>¿Cuál(es)?</b> _____</p>	<p><b>57.</b>¿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>Sólo con receta médica.....1 ➔ <b>Pase a siguiente sustancia</b></p> <p>Sin receta o diferente a lo Indicado ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9</p>
<p>a) <b>Opiáceos: para aliviar el dolor severo, como</b> la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>b) <b>Tranquilizantes: para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como</b> librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodiazepina, flunitrazepam, tafil, lexotan, etc</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>c) <b>Sedantes y Barbitúricos: para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como</b> los barbitúricos, equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como “pastas” y “chochos”, etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>d) <b>Anfetaminas o estimulantes: para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como</b> ritalín, asenlix, diestet, esbelcaps, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, etc</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

**Nota 10:** Si no usa ninguna droga médica **Pase a drogas ilegales P 67**

*Nota 11: Las siguientes preguntas se refieren sólo a consumo fuera de prescripción médica.*

**SIGA PREGUNTANDO EN FORMA HORIZONTAL.**

	<p><b>58.</b> Alguna vez usted para obtener los medicamentos se ha visto en la necesidad de:</p> <p>Pedir prestada una receta .... 1  Falsificar una receta ..... 2  Comprar una receta ..... 3  Robar una receta ..... 4  Nunca..... 5</p>	<p><b>59.</b> ¿Qué edad tenía cuando la usó por primera vez?</p> <p><b>Anote la edad exacta, Si no sabe ó Si la respuesta es si “toda la vida”, o “ desde que, me acuerdo”, Continuar preguntando ¿Fue antes de la adolescencia? Si NO/NS, Continuar preguntado ¿fue antes de los veinte años?</b></p> <p>Antes de la adolescencia...12  Antes de los 20 años.....19  No sabe/No contesta.....99</p>	<p><b>60.</b> ¿Cuántas veces en su vida la ha usado?</p> <p>1-2 veces ..... 1  3-5 veces ..... 2  6-10 veces ..... 3  11-49 veces ..... 4  50 o más ..... 5</p>
<p>a) <u>Opiáceos</u>: <i>para aliviar el dolor severo, como</i> la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Años	<input type="text"/>
<p>b) <u>Tranquilizantes</u>: <i>para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como</i> librium, valium, diacepam, ativan , rohypnol, rivotril benzodiacepina, flunitrazepam, tafil, lexotan, etc.</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Años	<input type="text"/>
<p>c) <u>Sedantes y Barbitúricos</u>: <i>para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como</i> los barbitúricos, equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como “pastas” y “chochos”, etc.</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Años	<input type="text"/>
<p>d) <u>Anfetaminas o estimulantes</u>: <i>para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como:</i> ritalín, asenlix, diestet, esbelcaps, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, etc.</p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/> Años	<input type="text"/>

	<p><b>61.</b> ¿Ha usado _____ en los últimos 12 meses?</p> <p>Si.....1 → <b>Continúe</b>  No.....2 → <b>Pase a la siguiente sustancia</b></p>	<p><b>62.</b> ¿Con qué frecuencia ha usado _____ en los últimos 12 meses?</p> <p>Todos los días o casi todos los días ..... 1  Una vez a la semana o más ..... 2  Una vez cada 2 o 3 semanas .... 3  Una vez cada 1 o 2 meses..... 4  Con menos frecuencia que eso..... 5</p>	<p><b>63.</b> ¿En los últimos 12 meses cuando usó _____ bebió también alcohol?</p> <p>Usualmente ..... 1  A veces ..... 2  Nunca ..... 3</p>
<p>a) <u>Opiáceos:</u> <i>para aliviar el dolor severo, como</i> la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>b) <u>Tranquilizantes:</u> <i>para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como</i> librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril benzodiazepina, flunitrazepam, tafil, lexotan, etc.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>c) <u>Sedantes y Barbitúricos:</u> <i>para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como</i> los barbitúricos, equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como “pastas” y “chochos”, etc.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>d) <u>Anfetaminas o estimulantes:</u> <i>para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como</i> ritalín, asenlix, diestet, esbelcaps, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, etc.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	64. En los últimos 30 días ¿Ha consumido _____?  Si ..... 1 No ..... 2 <b>pase a la siguiente sustancia</b>	65. ¿Cuántos días usó _____ en el último mes?  1 – 5 días ..... 1 6 – 19 días ..... 2 20 días o más ..... 3	66. El día de hoy utilizó _____?  Si ..... 1 No ..... 2	<b>NOTA 12:</b>  <b>¡RECUERDE!</b>  <b>Regrese a la página 10 si el entrevistado consumió más de una droga médica</b>
a) <b>Opiáceos: para aliviar el dolor severo, como</b> la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <b>Tranquilizantes: para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como</b> librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodiacepina, flunitrazepam, tafil, lextotan, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) <b>Sedantes y Barbitúricos: para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como</b> los barbitúricos, equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como “pastas” y “chochos”, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) <b>Anfetaminas o estimulantes: para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como</b> ritalín, asenlix, diestet, esbelcaps, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Nota 13:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique en **P 61** página 12 y marque si consumió alguna de estas sustancias médicas en los últimos 12 meses. NO  SI

**Nota 14:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique en **P 64**, y marque si consumió alguna de estas sustancias médicas en los últimos 30 días. NO  SI

**Nota 15:** Aplique a los siguientes cuadros estas instrucciones: Primero pregunte **P 67**, de forma vertical y a partir de **P 68**, en forma horizontal sólo para las sustancias ilegales que el entrevistado haya mencionado en **P 67**, que sí ha consumido.

<p><b>67.</b> Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones, ¿me podría decir si ha tomado, usado, probado <b>?(inicie con la primera droga)</b></p> <p>Si.....1      <i>Continúe</i></p> <p>No.....2      } <i>Pase a la</i></p> <p>NS/NC.....9 } <i>sig. sustancia</i></p>	<p><b>68.</b> ¿Cuál?</p> <p><i>Si no recuerda el nombre anote el código 99</i></p> <p><i>Verifique catálogo de medicamentos y sustancias y escriba todos los que aplique</i></p> <p><i>Anote el(los) nombre(s) de la(s) sustancia(s) empleada(s)</i></p>	<p><b>69.</b> ¿Cómo lo(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 ..... 5</p> <p>No como droga ..... 6</p> <p>No sabe/No contesta ..... 9</p> <p><b>(Puede anotar hasta tres respuestas)</b></p>
<p>e) <u>Mariguana</u> , hashish. También llamada “mota”, “café”, “yerba” etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>f) <u>Cocaína</u>, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada “perico”, “nieve” “grapa”, “coca”, etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>g) <u>Crack</u>, también llamado “Piedra”</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>h) <u>Alucinógenos</u>: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como “trip” ó “viaje”, PCP, también llamados “ácidos”, “champiñones”, “aceites” etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>i) <u>Inhalables</u>: como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados “chemos”, “memos” “monas”, “solventes”, etc.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>j) <u>Heroína, opio</u>. También llamada “arpón”, “ficción”, “chiva” la H”, Speed Ball</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>k) <u>Estimulante tipo anfetamínico</u>, droga de diseño, éxtasis conocido también como “tachas”, MDMA, cristal.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>l) <u>Otras drogas</u> como: Ketamina ( Special K) , GHB, también conocido como éxtasis líquido.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

	<p><b>70. ¿Qué edad tenía cuando la usó por primera vez?</b></p> <p><b>Anote la edad exacta, Si no sabe ó Si la respuesta es si “toda la vida”, o “ desde que, me acuerdo”, Continuar preguntando ¿Fue antes de la adolescencia? Si NO/NS, Continuar preguntado ¿fue antes de los veinte años?</b></p> <p>Antes de la adolescencia...12 Antes de los 20 años.....19 No sabe/No contesta.....99</p>	<p><b>71. ¿Cuántas veces en su vida la ha usado?</b></p> <p>1-2 veces..... 1 3-5 veces..... 2 6-10 veces..... 3 11-49 veces..... 4 50 o más..... 5</p>	<p><b>72.¿ Ha usado_____ en los últimos 12 meses?</b></p> <p>Si.....1 <b>Continúe</b> No.....2 <b>Pase a la siguiente sustancia</b></p>
e) <u>Mariguana</u> , hashish. También llamada “mota”, “café”, “yerba” etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f) <u>Cocaína</u> , incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada “perico”, “nieve” “grapa”, “coca”, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g) <u>Crack</u> , también llamado “Piedra”	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h) <u>Alucinógenos</u> : como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como “trip” ó “viaje”, PCP, también llamados “ácidos”, “champiñones”, “aceites” etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i) <u>Inhalables</u> : como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados “chemos”, “memos” “monas”, “solventes”, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j) <u>Heroína, opio</u> . También llamada “arpón”, “ficción”, “chiva” la H”, Speed Ball	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k) <u>Estimulante tipo anfetamínico</u> , droga de diseño, éxtasis conocido también como “tachas”, MDMA, cristal.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l) <u>Otras drogas</u> como: Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido.	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	<p><b>73.</b> ¿Con qué frecuencia ha usado _____ en los últimos 12 meses?.</p> <p>Todos los días o casi todos los días ..... 1  Una vez a la semana o más ..... 2  Una vez cada 2 o 3 semanas .... 3  Una vez cada 1 o 2 meses ..... 4  Con menos frecuencia que eso ..... 5</p>	<p><b>74.</b> ¿En los últimos 12 meses cuando usó _____ bebió también alcohol?</p> <p>Usualmente ..... 1  A veces ..... 2  Nunca ..... 3</p>	<p><b>75.</b> En los últimos 30 días ¿Ha consumido _____?</p> <p>Si ..... 1  No ..... 2</p> <p><b>Pase a la siguiente sustancia</b></p>
e) <u>Mariguana, hashish.</u> También llamada “mota”, “café”, “yerba” etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) <u>Cocaína,</u> incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada “perico”, “nieve” “grapa”, “coca”, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <u>Crack,</u> también llamado “Piedra”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <u>Alucinógenos:</u> como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como “trip” ó “viaje”, PCP, también llamados “ácidos”, “champiñones”, “aceites” etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <u>Inhalables:</u> como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados “chemos”, “memos” “monas”, “solventes”, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) <u>Heroína, opio.</u> También llamada “arpón”, “ficción”, “chiva” la H”, Speed Ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) <u>Estimulante tipo anfetamínico,</u> droga de diseño, éxtasis conocido también como “tachas”, MDMA, cristal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) <u>Otras drogas</u> como: Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	76. ¿Cuántos días usó _____ en el último mes? 1 – 5 días ..... 1 6 –19 días ..... 2 20 días o más..... 3	77. El día de hoy utilizó _____? Si..... 1 No ..... 2	78. ¿Aproximadamente cuánto dinero le costó cada sustancia que usó en los últimos 30 días? (No incluya ninguna sustancia que usted vendió o regaló)	<p><b>NOTA 16:</b></p> <p><b>¡RECUERDE!</b></p> <p><b>Regrese a la página 14 si el entrevistado consumió más de una droga ilegal</b></p>
e) <u>Mariguana, hashish</u> . También llamada “mota”, “café”, “yerba” etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
f) <u>Cocaína</u> , incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada “perico”, “nieve” “grapa”, “coca”, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
g) <u>Crack</u> , también llamado “Piedra”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
h) <u>Alucinógenos</u> : como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como “trip” ó “viaje”, PCP, también llamados “ácidos”, “champiñones”, “aceites” etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
i) <u>Inhalables</u> : como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados “chemos”, “memos” “monas”, “solventes”, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
j) <u>Heroína, opio</u> . También llamada “arpón”, “ficción”, “chiva” la H”, Speed Ball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
k) <u>Estimulante tipo anfetamínico</u> , droga de diseño, éxtasis conocido también como “tachas”, MDMA, cristal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	
l) <u>Otras drogas</u> como: Ketamina, Special K, GHB, también conocido como éxtasis líquido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	

**Nota 17:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique en P 72, página 15, si consumió alguna de estas sustancias ilegales en los últimos 12 meses. NO  SI

**Nota 18:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique en P 75, página 16 si consumió alguna de estas sustancias ilegales en los últimos 30 días. NO  SI

**Nota 19:** No haga esta pregunta, sólo verifique en la Nota 13 y en Nota 17 si E consumió sustancias médicas y/o ilegales en los últimos 12 meses. Si las respuesta es:  
NO  pase a P102 SI  continúe

“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) ALGUNA VEZ EN SU VIDA, cuando ha usado drogas o medicamentos sin receta?”

Sí.....1  
 No.....2  
 No sabe/ No contesta...9

¿Pasó esto en los últimos 12 meses?

Sí SI en A pregunte B

	A	B
79. ¿Alguna vez se dio cuenta de que tenía que usar mucho más cantidad que antes de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> para lograr el efecto deseado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> le hacía menos efecto que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. ¿Alguna vez notó que empezaba a necesitar mucha más cantidad de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> para lograr el mismo efecto o la misma cantidad de la(s) droga(s) tenía mucho menos efecto en usted que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. ¿Alguna vez ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de usar <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> que no podía pensar en nada más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. ¿Alguna vez deseó <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> tan desesperadamente que no podía pensar en nada más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. ¿Alguna vez tuvo un deseo tan fuerte de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> que no pudo evitar usarla(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Ha habido periodos en su vida en los que ha querido suspender o disminuir el consumo de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85_1. ¿Fue siempre capaz de disminuir el consumo de <u>“la(s) droga(s) que había usado (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> por lo menos durante todo un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. ¿Ha tenido periodos en los que usó <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía o se le hizo difícil dejarla antes de intoxicarse o estimularse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. En las horas o días luego de suspender o disminuir el uso de <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ¿alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, que no pudiera dormir, dolor de cabeza, estómago, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Alguna vez utilizó <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> para evitar tener malestares de este tipo, dolores etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Alguna vez ha pasado un periodo en que dedicaba mucho tiempo a usar o conseguir <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Alguna vez ha pasado mucho tiempo usando, obteniendo o recuperándose de los efectos de <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Alguna vez ha suspendido o disminuido en gran medida actividades importantes para conseguir o usar <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> , es decir actividades como deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91_1. Hizo esto para usar <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> , durante todo un mes o varias veces a lo largo de dos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si pase a P 85\_1  
 No pase a P 86

Si pase a P 91\_1  
 No pase a P 92

92. ¿Alguna vez ha tenido problemas de salud, como una sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión como resultado del uso de <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si pase a P 92_1 No pase a P 93
92_1. Continuó usando <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> aún después de saber que le causaba alguno de estos problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Alguna vez ha tenido usted problemas emocionales (nerviosos) o psicológicos por usar <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> como estar desinteresado(a) por sus actividades acostumbradas, sentirse deprimido(a), suspicaz o desconfiado(a) de otras personas o tener pensamientos extraños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si pase a P 93_1 No pase a P 94
93_1. Continuó usando <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> aún después de saber que le causaba alguno de estos problemas emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. ¿Alguna vez ha usado <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> en tal forma que sintió que la(s) necesita o dependía de ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. ¿Alguna vez se ha sentido enfermo al disminuir o reducir el uso de cualquiera de <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. ¿Ha sentido que su memoria o concentración son deficientes o que no puede pensar claramente debido al uso de <u>“la(s) droga(s) (por ejemplo: marihuana, cocaína o cualquier otra)”</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. ¿Ha tenido discusiones con familia o amigos por consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. ¿Ha tenido peleas por consumir drogas, lo han arrestado o ha sido reprendido por la policía debido al uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. ¿Ha tenido problemas en la escuela y/o en el trabajo por consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. ¿Ha tenido problemas económicos por el uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las siguientes preguntas son acerca de la inyección de drogas”.**

101 A) ¿Alguna vez ha usado una jeringa para inyectarse drogas cuando usted sabía o sospechaba que la aguja había sido usada por alguien más?	Si ..... 1 No ..... 2 Nunca se ha inyectado ..... 3 No sabe/ No contesta ..... 9	→ Pase a P 102
101 B) ¿Alguien más se ha inyectado alguna vez drogas, después de que usted haya usado la aguja?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9	

**102. Quisiera que me dijera si alguna de las siguientes personas ha usado drogas**

A) ¿Su papá?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9	
B) ¿Su mamá?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9	

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

<p><b>103.</b> ¿Ha consumido alguna vez cualquier bebida que contenga alcohol?</p>	<p>Si .....1 No.....2</p>	<p>→ <b>Pase a P 105</b></p>
<p><b>104.</b> ¿Por qué razón nunca ha consumido bebidas que contengan alcohol?</p>	<p>Por religión.....1 Por miedo a tener un problema .....2 Porque no se acostumbra en casa .....3 No existen ocasiones donde yo quiera beber.....4 Mis responsabilidades me necesitan sobrio.....5 No me educaron para tomar .....6 Mi salud es mala/Tomo medicina .....7 Es muy caro.....8 medicina .....9 El alcohol tiene un efecto malo sobre mis actividades .....10 Temo tener problemas con el alcohol.....11 No tengo una razón .....12 Embarazada/intenta embarazarse .....13 No es de su interés.....14 Otro: .....15 Especifique</p>	<p>} <b>Pase a P 191</b></p>
<p><b>105.</b> ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó una bebida alcohólica en su vida (sin incluir probaditas)? <b>Anote la edad exacta,</b> <b>Si no sabe ó Si “toda la vida” o “desde que me acuerdo”, continuar preguntando: ¿Fue antes de la adolescencia?</b> <b>SI NO/NS, continuar preguntando: ¿Fue antes de los veinte años?</b></p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años</p> <p>Antes de la adolescencia ..... 12 Antes de los 20 ..... 19 No sabe/No contesta..... 99</p>	
<p><b>106.</b> ¿En los últimos 12 meses tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, etc.)</p>	<p>Si .....1 No.....2</p>	<p>→ <b>Pase a P 109</b> → <b>Continúe</b></p>
<p><b>107.</b> ¿Dejó de tomar por haber tenido algún problema por su forma de beber?</p>	<p>Si .....1 No.....2</p>	<p>} <b>Si es hombre pase a P 191</b> <b>Si es mujer continúe</b></p>
<p><b>108.</b> ¿Dejó de tomar por estar embarazada o intentar embarazarse</p>	<p>Si .....1 No.....2</p>	<p>} <b>Pase a P 191</b></p>

**Nota 20:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique si consumió alcohol en los últimos 12 meses **P 106**

NO  SI

<b>109.</b> Piense en su consumo total de alcohol. Usualmente con qué frecuencia toma usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol - ya sea vino, cerveza, whisky, o cualquier otra bebida? ¿Diría usted  (SI ES NECESARIO: "Por favor no incluya el consumo de alcohol de probaditas, sorbos para cocinar o ceremonias religiosas.")  (Lea la lista.) – (Termine de leer opciones en cuanto el entrevistado elija una opción) (SI ES NECESARIO, "Si usted tuviera un promedio durante los últimos doce meses, ¿cuál sería la frecuencia?")	Una vez al día.....	1
	Dos veces al día.....	2
	Tres o más veces al día.....	3
	Casi todos los días (5-6 veces por semana).....	4
	Una o dos veces a la semana .....	5
	Tres o cuatro veces a la semana .....	6
	Dos o tres veces al mes .....	7
	Aproximadamente una vez al mes .....	8
	De siete a once veces al año .....	9
	De tres a seis veces al año .....	10
	Dos veces al año.....	11
	Una vez al año.....	12
	Menos de una vez en los últimos 12 meses.....	13
	Nunca en los últimos 12 meses, pero sí antes .	14
NS/NC.....	99	
<b>110.</b> ¿En los últimos 30 días tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, etc.)	Si .....	1
	No.....	2
<b>111.</b> Cuando toma bebidas alcohólicas como cerveza, destilados, coolers, etc., generalmente, ¿cuántas copas toma usted en cada ocasión?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No. de copas	

**Nota 21:** Por favor no haga esta pregunta sólo verifique si consumió alcohol en los últimos 30 días **P 110.**

NO  SI

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.

<b>112.</b> Durante los ULTIMOS 12 MESES ¿Cuál es el mayor número de copas que usted ha bebido en un solo día?	24 ó más copas en un solo día .....	1	→	<b>Pase a 113A</b>
	12 a 23 copas en un solo día .....	2	→	<b>Pase a 113B</b>
	8 a 11 copas en un solo día .....	3	→	<b>Pase a 113C</b>
	5 a 7 copas en un solo día .....	4	→	<b>Pase a 113D</b>
	3 a 4 copas en un solo día .....	5	→	<b>Pase a 113E</b>
	1 a 2 copas en un solo día .....	6	→	<b>Pase a 113F</b>
	No sabe/No contesta .....	9	→	<b>Pase a P114</b>

113. ¿Con qué frecuencia ha tomado.....	113A	113B	113C	113D	113E	113F
	24 ó + COPAS	12 a 23 COPAS	8 a 11 COPAS	5 a 7 COPAS	3 a 4 COPAS	1 a 2 COPAS
1) A diario?	1	1	1	1	1	1
2) Casi a diario (5 ó 6 veces por semana)?	2	2	2	2	2	2
3) De tres a cuatro veces a la semana?	3	3	3	3	3	3
4) De una o dos veces a la semana?	4	4	4	4	4	4
5) De dos a tres veces al mes?	5	5	5	5	5	5
6) Una vez al mes?	6	6	6	6	6	6
7) De siete a once veces al año?	7	7	7	7	7	7
8) De tres a seis veces al año?	8	8	8	8	8	8
9) Dos veces al año?	9	9	9	9	9	9
10) Una sola vez en el año?	10	10	10	10	10	10
11) Menos de una vez al año?	11	11	11	11	11	11
12) Nunca en el año pasado?	12	12	12	12	12	12
	<b>Preg. 113B</b>	<b>Preg. 113C</b>	<b>Preg. 113D</b>	<b>Preg. 113E</b>	<b>Preg. 113F</b>	

“Las siguientes preguntas son acerca de cuánto vino, cerveza y licor puede usted haber ingerido en los últimos 12 meses. 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 o una bebida mezclada que contenga licor”.

<b>114. ¿Con qué frecuencia bebe _____?</b> 01. Tres o más veces al día 02. Dos veces al día 03. Una vez al día 04. Casi todos los días (5-6 veces por semana) 05. Tres o cuatro veces a la semana 06. Una o dos veces a la semana 07. Dos o tres veces al mes 08. Aproximadamente una vez al mes 09. De siete a once veces al año 10. De tres a seis veces al año 11. Dos veces al año 12. Una vez al año 13. Menos de una vez en los últimos 12 meses 14. Nunca 99. No sabe/No contesta	a) Vino de mesa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	b) Cooler, q-bitas, etc.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	c) Cerveza	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	d) Brandy, Tequila, Ron	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	e) Pulque	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	f) Alcohol puro, aguardiente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**Nota 22:** Haga las siguientes preguntas de P 115 a P 117 sólo para las bebidas que el “E” si consumió en P 114.

	<b>115.</b> Piense en todas las ocasiones cuando ha bebido _____últimamente. ¿Cuántas veces que ha tomado _____ se ha tomado <b>5 copas o más?</b>	<b>116.</b> Piense en todas las ocasiones cuando ha bebido _____últimamente. ¿Cuántas veces que ha tomado _____ se ha tomado <b>3 o 4 copas?</b>	<b>117.</b> Piense en todas las ocasiones cuando ha bebido _____últimamente. ¿Cuántas veces que ha tomado _____ se ha tomado <b>1 o 2 copas?</b>
a) Vino de mesa	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5
b) Cooler, q-bitas, etc.	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5
c) Cerveza	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5
d) Brandy, Tequila, Ron	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5
e) Pulque	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5
f) Alcohol puro, aguardiente	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5	Casi todas las veces .....1 Más de las mitad de veces .....2 Menos de la mitad de veces .....3 De vez en cuando.....4 Nunca.....5

**Nota 23:** Haga las siguientes preguntas de P 118 a P 120 sólo para las bebidas que el "E" si consumió en P 114.

	<b>118.</b> ¿Con qué frecuencia bebió 5 copas ó más de _____?	<b>119.</b> ¿Con qué frecuencia bebió 3 ó 4 copas de _____?	<b>120.</b> ¿Con qué frecuencia bebió 1 ó 2 copas de _____?
<b>01.</b> Tres o más veces al día <b>02.</b> Dos veces al día <b>03.</b> Una vez al día <b>04.</b> Casi todos los días (5-6 veces por semana) <b>05.</b> Tres o cuatro veces a la semana <b>06.</b> Una o dos veces a la semana <b>07.</b> Dos o tres veces al mes <b>08.</b> Aproximadamente una vez al mes <b>09.</b> De siete a once veces al año <b>10.</b> De tres a seis veces al año <b>11.</b> Dos veces al año <b>12.</b> Una vez al año <b>13.</b> Menos de una vez en los últimos 12 meses <b>14.</b> Nunca <b>99.</b> No sabe/No contesta	a) Vino de mesa <input type="text"/> <input type="text"/>	a) Vino de mesa <input type="text"/> <input type="text"/>	a) Vino de mesa <input type="text"/> <input type="text"/>
	b) Cooler, q-bitas, etc. <input type="text"/> <input type="text"/>	b) Cooler, q-bitas, etc. <input type="text"/> <input type="text"/>	b) Cooler, q-bitas, etc. <input type="text"/> <input type="text"/>
	c) Cerveza <input type="text"/> <input type="text"/>	c) Cerveza <input type="text"/> <input type="text"/>	c) Cerveza <input type="text"/> <input type="text"/>
	d) Brandy, Tequila, Ron <input type="text"/> <input type="text"/>	d) Brandy, Tequila, Ron <input type="text"/> <input type="text"/>	d) Brandy, Tequila, Ron <input type="text"/> <input type="text"/>
	e) Pulque <input type="text"/> <input type="text"/>	e) Pulque <input type="text"/> <input type="text"/>	e) Pulque <input type="text"/> <input type="text"/>
	f) Alcohol puro, aguardiente <input type="text"/> <input type="text"/>	f) Alcohol puro, aguardiente <input type="text"/> <input type="text"/>	f) Alcohol puro, aguardiente <input type="text"/> <input type="text"/>

<b>121.</b> ¿Durante los últimos 12 meses, con qué frecuencia tomó usted lo suficiente como para sentirse borracho/a?	Todos los días o casi todo los días..... 1 De tres a cuatro veces a la semana..... 2 De una a dos veces a la semana ..... 3 De siete a once veces en los últimos 12 meses ..... 4 De tres a seis veces en los últimos 12 meses ..... 5 Dos veces en los últimos 12 meses..... 6 Una sola vez en los últimos 12 meses..... 7 Nunca en los últimos 12 meses..... 8 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>122.</b> ¿Cuántas bebidas (copas) necesita para sentirse borracho/a?	<input type="text"/> <input type="text"/> COPAS No sabe/No contesta ..... 99	

**Nota 24:** Por favor verifique la Nota 20 página 20 si consumió alcohol en los últimos 12 meses continúe en **P 123**, si no consumió pase a **P 191**

**“A continuación le mencionaré algunas de las experiencias que muchas personas han reportado en relación con el uso de alcohol. Conforme yo lea cada una, ¿puede hacer el favor de indicarme si ha tenido esta(s) experiencia(s) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?”**

<b>123.</b> Empezó a tomar y le fue difícil parar antes de sentirse completamente embriagado(a)	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>124.</b> Algunas veces ha continuado tomando a pesar de haberse prometido a sí mismo(a) no hacerlo	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>125.</b> Ha tratado de reducir el número de copas y/o las veces que tomó pero no ha podido	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>126.</b> Una y otra vez ha querido disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>127.</b> Pasó mucho tiempo tomando bebidas alcohólicas o reponiéndose de los efectos de la bebida o haciendo cosas para obtener alcohol	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>128.</b> Su consumo ha interferido con las actividades que hace en su tiempo libre o pasatiempos.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>129.</b> Ha tenido que dejar o reducir trabajo importante o actividades sociales debido a su gusto por las bebidas alcohólicas	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>130.</b> Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas aunque sabía que tenía un problema de salud causado o empeorado por la bebida	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>131.</b> Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas a pesar de que sentía que el beber le estaba causando problemas psicológicos o emocionales	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>132.</b> Descubrió que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tenían mucho menos efecto que antes	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>133.</b> Necesitaba consumir más alcohol de lo que acostumbraba para sentir el mismo efecto que antes.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>134.</b> Se enfermó o vomitó después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>135.</b> Estaba deprimido, irritable o nervioso después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>136.</b> Ha dejado de comer regularmente mientras ha estado bebiendo	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9

<b>137.</b> Ha consumido una bebida fuerte por la mañana para aliviar los efectos del consumo de la noche anterior.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>138.</b> Sus manos tiemblan mucho en la mañana siguiente de haber bebido.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>139.</b> Ha despertado a veces durante la noche o la mañana temprano sudando debido a la bebida.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>140.</b> Descubrió que necesitaba una copa para no tener temblores o para no enfermarse	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>141.</b> Vió, sintió o escuchó cosas que en realidad no se encontraban ahí cuando los efectos del alcohol comenzaron a desaparecer.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>142.</b> Tuvo ataques o convulsiones cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>143.</b> Alguna vez comenzó a tomar bebidas alcohólicas a pesar de que no tenía la intención de hacerlo.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>144.</b> Una y otra vez ha querido disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>145.</b> Alguna vez su deseo por una copa es muy fuerte.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>146.</b> Ha tenido que dejar o rechazar placeres o intereses por favorecer el tomar bebidas alcohólicas.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>147.</b> Ha tenido una enfermedad del hígado o hepatitis.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>148.</b> Ha tenido una enfermedad del estómago o sangre al vomitar.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>149.</b> Ha tenido hormigueo o entumecimiento en los pies.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>150.</b> Ha tenido problemas de memoria aún cuando no estaba bebiendo.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>151.</b> Ha tenido pancreatitis.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>152.</b> Tuvo problemas con las autoridades mientras usaba bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9

<b>153.</b> Ha sido arrestado(a) mientras conducía después de tomarse unas copas?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>154.</b> Ha pensado que sus hábitos de beber se han convertido en una amenaza seria para su salud?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>Si No trabaja o nunca ha trabajado pase a P158, si estudia Pase a P157.</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>155.</b> Ha perdido o casi perdió un trabajo, debido a la bebida?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>156.</b> Sus compañeros(as) de trabajo le han sugerido que deje de tomar tanto?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>Si No está estudiando pase a P158</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>157.</b> Ha tenido problemas en la escuela, a causa de la bebida?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>158.</b> Comenzó una pelea con alguien que no era de su familia cuando había estado tomando?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>159.</b> Ha golpeado a alguien, ha atacado a alguien, o les ha pegado con algo cuando ha estado tomando?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>Si es soltero(a) y no ha vivido con su pareja en el último año pase a P163</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>160.</b> Comenzó una discusión o pelea con su esposo(a) compañero(a) cuando estuvo tomando?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>161.</b> Su esposo(a) o la persona con quien vivía se enfurecía con usted por causa de la bebida y por su comportamiento mientras bebía?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>162.</b> Su esposo(a) o la persona con quien vivía lo(a) amenazó con dejarlo(a) por causa de la bebida?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>Si no tiene hijos pase a P164</b>	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>163.</b> Sintió que el tomar bebidas alcohólicas causó problemas entre sus hijos y usted.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>164.</b> Ha tenido caídas, sufrido quemaduras o alguna otra lesión por haber estado tomando alcohol.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>165.</b> ¿Se ha sentido triste, deprimido, o ha perdido interés en las cosas debido a su consumo de alcohol?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>166.</b> ¿Se ha sentido muy nervioso o ansioso debido a su consumo de alcohol?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>167.</b> ¿Se ha sentido irritable o molesto debido a su consumo de alcohol?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9
<b>168.</b> ¿Se ha sentido suspicaz o desconfiado hacia la gente debido a su consumo de alcohol?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/ No contesta ..... 9

<b>169.</b> ¿En los últimos 12 meses, usted ha conducido un carro después de beber de tal forma que si las autoridades lo(a) hubieran detenido hubiera tenido problemas?	Si .....1 No .....2 No maneja.....3 → No sabe/No contesta .....9	<b>Pase a P 185</b>
<b>170.</b> ¿Aproximadamente cuantas bebidas (copas) piensa usted que puede ingerir, en un periodo de dos horas, antes de que su habilidad para manejar sea deteriorada? Al decir deteriorada queremos decir que ha tomado tanto que no puede manejar con seguridad.	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Copas          No sabe/ No contesta.....99       </div>	

**185.** Piense en el mes o más, durante los últimos 12 meses en que su consumo de ALCOHOL ó DROGAS era más grave. En una escala de 0 a 10 donde 0 significa ninguna dificultad y 10 significa dificultad muy grave. ¿Qué número describe mejor en qué medida su consumo de alcohol, drogas ó tabaco dificultó(aron) cada una de las siguientes actividades durante ese período?

Ninguna				Dificultad
Dificultad	Leve	Moderada	Grave	Muy grave

  

(SI NEC: Para responder puede utilizar cualquier número entre 0 y 10.)

<b>186.</b> Las tareas domésticas, como la limpieza, <u>las compras</u> , y el cuidado del hogar	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 99       </div>
<b>187.</b> Su capacidad para trabajar	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 99       </div>
<b>188.</b> Su capacidad para iniciar y mantener relaciones <u>estrechas</u> con otra gente	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 99       </div>
<b>189.</b> Su vida social	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 99       </div>
<b>190 A.</b> Aproximadamente, ¿cuántos días en los últimos 12 meses fue <u>totalmente incapaz de trabajar o hacer sus actividades habituales</u> debido a su consumo de <b>ALCOHOL ó DROGAS</b> ? (SI NEC: Para responder utilice cualquier número entre 0 y 365)	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 999       </div>
<b>190 B.</b> Aproximadamente, ¿cuántos días en los últimos 12 meses fue <u>totalmente incapaz de trabajar o hacer sus actividades habituales</u> debido a su consumo de <b>TABACO</b> ? (SI NEC: Para responder utilice cualquier número entre 0 y 365)	<div style="text-align: right;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>          No sabe/No contesta ..... 999       </div>

<b>191.</b> ¿Alguna vez un médico le dijo que tenía <u>enfermedad de su corazón</u> ?	Si .....1 No .....2	
<b>192.</b> ¿Alguna vez ha tenido dolor en su pecho?	Si .....1 No .....2 →	<b>Pase a P 195</b>
<b>193.</b> ¿Experimenta dolor en su pecho cuando camina normal sobre tierra plana?	Si .....1 No .....2	
<b>194.</b> ¿Experimenta dolor cuando camina rápido?	Si .....1 No .....2	
<b>195.</b> ¿Alguna vez un médico le dijo que ha tenido un <u>derrame cerebral</u> ?	Si .....1 No .....2	

<p><b>196.</b> A continuación le haré unas preguntas acerca de lesiones y enfermedades que usted podría haber tenido en los últimos 12 meses. Vamos a empezar con las lesiones. ¿En los últimos 12 meses tuvo usted cualquier tipo de lesión por la cual usted pensó en obtener tratamiento, haya obtenido o no el tratamiento?</p>	<p>Si .....1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	<p><b>Pase a P 204</b></p>
<p><b>197.</b> Pensando en su más reciente lesión, ¿cuáles de los siguientes eventos describen la razón principal de su lesión?  <b>Marque todas las que se apliquen</b></p>	<p>Involuntario caída ..... 1  Involuntario accidente de vehículo ..... 2  Involuntario cortarse, golpearse con algo..... 3  Intencional autoinfligido (intento de suicidio) ..... 4  Intencional por otros (pleitos, riña, atacado(a)..... 5  Otro (especifique): ..... 6  No sabe/No contesta ..... 9</p>	
<p><b>198.</b> Recibió tratamiento por esta lesión?</p>	<p>Si ..... 1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	<p><b>Pase a Nota 28</b></p>
<p><b>199.</b> Cuando fue por tratamiento para la lesión más reciente, ¿a qué lugar acudió primero? Fue:</p>	<p>A una sala de emergencia .....1  A una clínica o doctor privado.....2  A algún otro lugar .....3  No sabe/No contesta .....9</p>	
<p><b>200.</b> ¿Cuántas veces recibió tratamiento para una lesión?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces  No sabe/No contesta .....99</p>	
<p><b>Nota 28:</b> Ver Nota 20 pagina 20, si usó alcohol en los últimos 12 meses, continúe. Si no consumió entonces pase a Nota 29.</p>		
<p><b>201.</b> Durante las seis horas antes de su última lesión, ¿tomó usted algún tipo de bebida alcohólica aunque fuera sólo una bebida? Esto incluye vino, cerveza, licor fuerte, y cualquier otra bebida que contenga alcohol.</p>	<p>Si ..... 1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	<p><b>Pase a Nota 29</b></p>
<p><b>202.</b> Esta lesión, la más reciente, ¿estuvo relacionada de alguna manera con el que usted haya tomado?</p>	<p>Si .....1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	
<p><b>Nota 29:</b> Ver Nota 13 página 13 y Nota 17 página 17. Si usó drogas médicas o ilegales en los últimos 12 meses continúe, si no consumió entonces pase a <b>P 204</b>.</p>		
<p><b>203.</b> En las seis horas anteriores a esta lesión, ¿utilizó usted [la droga/cualquiera de las drogas] que mencionó anteriormente, sin incluir productos de tabaco ó alcohol?</p>	<p>Si .....1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	
<p><b>204.</b> ¿En los últimos 12 meses tuvo usted cualquier tipo de enfermedad por la cual usted pensó obtener tratamiento, haya obtenido o no el tratamiento?</p>	<p>Si ..... 1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	<p><b>Pase a Nota 32</b></p>
<p><b>205.</b> Pensando en su más reciente enfermedad, ¿recibió tratamiento por esta enfermedad?</p>	<p>Si .....1  No .....2  No sabe/No contesta .....9</p>	<p><b>Pase a Nota 30</b></p>

<b>206.</b> Cuando fue por tratamiento para esta enfermedad, ¿a qué lugar acudió primero? Fue:	A una sala de emergencia ..... 1 A una clínica o doctor privado ..... 2 A algún otro lugar ..... 3 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>207.</b> ¿Cuántas veces recibió tratamiento para una enfermedad?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No sabe/No contesta ..... 99	
<b>Nota 30:</b> Ver Nota 20 página 20, si usó alcohol en los últimos 12 meses, continúe. Si no consumió entonces pase a Nota 31.		
<b>208.</b> En las seis horas anteriores a la ocasión más reciente en que usted se enfermó, ¿tomó usted algún tipo de bebida alcohólica aunque fuera solo una bebida?. Esto incluye vino, cerveza, licor fuerte y cualquier otra bebida que contenga alcohol.	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	<b>Pase a Nota 31</b>
<b>209.</b> ¿Estaba esta enfermedad relacionada de alguna manera a su consumo de bebidas alcohólicas?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>Nota 31:</b> Ver Nota 13 página 13 y Nota 17 página 17. Si usó drogas médicas o ilegales en los últimos 12 meses continúe, si no consumió entonces pase a Nota 32.		
<b>210.</b> En las seis horas anteriores a su más reciente enfermedad, ¿utilizó usted [la droga/cualquiera de las drogas] que mencionó anteriormente, sin incluir productos de tabaco?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>Nota 32:</b> Si en P 196=1 y/o P 204=1, entonces continúe en P 211. Si No, entonces pase a P 215.		
<b>211.</b> ¿Durante los últimos 12 meses con qué frecuencia utilizó cualquier tipo de servicio de salud por alguna lesión o enfermedad? Esto incluye la sala de emergencia, una clínica o doctor privado, y algún otro lugar.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No sabe/No contesta ..... 99	
<b>212.</b> ¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha utilizado los servicios de alguna sala de emergencia?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No sabe/No contesta ..... 99	
<b>213.</b> ¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia hizo una visita a su médico familiar (médico general.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No sabe/No contesta ..... 99	
<b>214.</b> ¿En los últimos 12 meses cuántos días pasó en un hospital como paciente?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No sabe/No contesta ..... 99	

**Ahora le vamos hacer unas preguntas sobre tratamiento específicas para alcohol y drogas**

<b>215.</b> ¿Alguna vez en su vida ha sido hospitalizado(a) por lo menos una noche en un hospital u otro lugar para recibir ayuda por su uso de alcohol o drogas?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	<b>Pase a P 218</b>
<b>216.</b> ¿Cuántos años tenía usted cuando fue hospitalizado(a) por primera vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años No sabe/No contesta ..... 99	

<b>217.</b> ¿Estuvo hospitalizado(a) en el último mes, en los últimos seis meses, en el último año o hace más de un año?	Último mes ..... 1 Últimos seis meses ..... 2 Último año ..... 3 Hace más de un año ..... 4 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>218.</b> ¿Alguna vez en su vida se ha puesto en contacto con un grupo de apoyo por el internet o con un “chat room” debido a su uso de alcohol o drogas?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	} <b>Pase a P 222.1</b>
<b>219.</b> ¿Cuándo fue la última vez? –en el último mes, en los últimos seis meses, en el último año o hace más de un año	Último mes ..... 1 Últimos seis meses ..... 2 Último año ..... 3 Hace más de un año ..... 4 No sabe/No contesta ..... 9	
<b>222.1</b> ¿Alguna vez ha estado en un Programa de Prevención sobre el uso de tabaco, alcohol ó drogas?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe/No contesta ..... 9	

**Nota 33 :** Si el entrevistado ha consumido alcohol y/o drogas alguna vez en su vida haga las siguientes preguntas si no pase a Padres P 234

<p><b>226.</b> ¿<u>Alguna vez</u> en su vida ha consultado a alguno de los siguientes profesionales por su uso de alcohol o drogas?</p> <p><i>Anote todas las opciones que haya utilizado</i></p> <p>Si.....1          No.....2          No sabe/No contesta.....9</p>	<p><b>227.</b> ¿Cuántos años tenía usted <u>la primera vez</u> que consultó a un profesional por el uso de alcohol o drogas?</p> <p style="text-align: center;"> _ _  Años</p> <p>No sabe/No contesta.....99</p>	<p><b>228.</b> ¿Cuándo fue <u>la última vez</u> –en el último mes, de 2 a 6 meses, de 7 a 12 meses ó hace más de 12 meses?</p> <p>Último mes .....1          De 2 a 6 meses .....2          De 7 a 12 meses .....3          Más de 12 meses .....4          No sabe/No contesta .....9</p>
a) Psiquiatra	_ _	_ _
b) Médico familiar, general o de cabecera	_ _	_ _
c) Algún otro médico como cardiólogo o (mujer/ginecólogo/hombre/urólogo)	_ _	_ _
d) Psicólogo	_ _	_ _
e) Trabajadora Social, en un centro de tratamiento	_ _	_ _
f) Orientador, en un centro de tratamiento	_ _	_ _
g) Enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de salud en un centro de salud	_ _	_ _
h) Algún otro profesional en salud mental como un psicoterapeuta o enfermera en salud mental ( <b>No de un Centro de Salud</b> )	_ _	_ _
i) Consejero espiritual o religioso como sacerdote, pastor o rabino	_ _	_ _
j) Grupo de autoayuda, ayuda mutua, AA y 24 horas	_ _	_ _
k) Curandero, yerbero, quiropráctico ó espiritista	_ _	_ _
l) Otro	_ _	_ _

**Nota 34:** Hacer la siguiente pregunta P 229, solamente a los entrevistados que no hayan acudido con algún profesional de la salud en los últimos doce meses. Es decir si P 228=4 en los incisos “a” hasta “l”. En caso contrario, si en la misma P 228 la respuesta del entrevistado es igual a los códigos 1, 2 o 3 pasar a la P 230.

<p><b>229.</b> ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor por qué <b>NO consultó con un profesional</b> por su uso de alcohol o drogas en los últimos 12 meses?</p>	<p>Usted no pensó que tenía un problema ..... 1          Tenía un problema, pero pensó que podía resolverlo solo(a) ..... 2          Pensó que necesitaba ayuda, pero no creyó que el tratamiento profesional le ayudaría ..... 3          Otro (especifique)..... 4          No sabe/No contesta ..... 9</p>	<p>} <b>Pase a P 234</b></p>
---	---	------------------------------

<p><b>230.</b> ¿Cuántos años tenía <i>la última vez</i> que consultó a algunos de los siguientes profesionales por su uso de alcohol o drogas?</p> <p><i>Marque todas las opciones que haya utilizado.</i></p> <p>No sabe/No contesta..... 99</p>	<p><b>231.</b> ¿Cuántas veces ha consultado al profesional de salud en los últimos 12 meses?</p> <p>Si no sabe el número exacto, pregunte fueron?</p> <p>Más de 7 veces.....08</p> <p>No sabe/No contesta.....99</p>	<p><b>232.</b> ¿Completó usted todo el tratamiento recomendado? ¿O lo abandonó antes de lo que quería el profesional de salud?</p> <p>Completó el tratamiento.1</p> <p>Lo abandonó.....2</p> <p>No sabe/No contesta.....9</p>	<p><b>233.</b> ¿Cuál fue el tiempo promedio de duración de la consulta?</p> <p>0 a 15 min ..... 1</p> <p>16 a 30 min ..... 2</p> <p>31 y más min..... 3</p>
a) Psiquiatra			
b) Médico familiar, general o de cabecera			
c) Algún otro médico como cardiólogo o mujer/ginecólogo/ hombre/urólogo			
d) Psicólogo			
e) Grupo de Autoayuda			
f) Trabajador Social			
g) Orientador			
h) Algún otro profesional en salud mental: un psicoterapeuta o enfermera en salud mental			
i) Enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud			
j) Consejero espiritual o religioso como sacerdote, pastor o rabino			
k) Curandero, yerbero, quiropráctico ó espiritista			
l) Otro			

**Ahora le voy hacer algunas preguntas relacionadas con sus padres.**

	a) PADRE	b) MADRE
234. ¿Sus padres están vivos?	Si .....1 → <b>Pase a P236</b> No.....2 → <b>Continúe</b> No sabe/No contesta.....9	Si.....1 → <b>Pase a P236</b> No.....2 → <b>Continúe</b> No Sabe/No contesta.....9
235. ¿De qué murieron?	_____ (Especifique)	_____ (Especifique)
236. ¿Sus padres consumen ó consumían bebidas que contienen alcohol?	Si .....1 No.....2 } <b>Pase a P261</b> No sabe/No contesta.....9 }	Si ..... 1 No ..... 2 } <b>Pase a P261</b> No sabe/No contesta ..... 9 }
237. Cuando piensa en sus padres, ¿con qué frecuencia toman ó tomaban cualquier bebida alcohólica – vino, cerveza, o bebidas destiladas ( <u>o cualquier otra bebida que sea culturalmente reconocida con nombres coloquiales</u> )?	Nunca en los últimos 12 meses. ....1 Menos de una vez al mes. ....2 De una a tres veces al mes.....3 Una o dos veces a la semana .....4 Tres o cuatro veces a la semana .....5 Cinco o seis veces a la semana .....6 Diario.....7 No sabe/No contesta.....9	Nunca en los últimos 12 meses..... 1 Menos de una vez al mes. .... 2 De una a tres veces al mes ..... 3 Una o dos veces a la semana..... 4 Tres o cuatro veces a la semana..... 5 Cinco o seis veces a la semana ..... 6 Diario..... 7 No sabe/No contesta ..... 9
238. ¿En un día típico en que bebe(ía) cualquier bebida, cuántas copas toma(ba)?	____ ____  COPAS No sabe/ No contesta.....99	____ ____  COPAS No sabe/ No contesta.....99
239. ¿Con qué frecuencia toma ó tomaba más de 5 copas?	Nunca en los últimos 12 meses. ....1 Menos de una vez al mes. ....2 De una a tres veces al mes.....3 Una o dos veces a la semana .....4 Tres o cuatro veces a la semana .....5 Cinco o seis veces a la semana .....6 Diario.....7 No sabe/No contesta.....9	Nunca en los últimos 12 meses..... 1 Menos de una vez al mes. .... 2 De una a tres veces al mes ..... 3 Una o dos veces a la semana..... 4 Tres o cuatro veces a la semana..... 5 Cinco o seis veces a la semana ..... 6 Diario..... 7 No sabe/No contesta ..... 9

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

**Lea las opciones de respuesta**

**Número de días:**

261. Le molestaron muchas cosas que generalmente no le molestan	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
262. No tenía hambre, ni tenía apetito	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
263. Sentía que no podía quitarse la tristeza ni con la ayuda de su familia o amigos	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
264. Sentía que era tan bueno(a) como los demás	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
265. Tenía dificultad para concentrarse en lo que estaba haciendo	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	

<b>266.</b> Se sentía deprimido(a)	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>267.</b> Sentía que todo lo que hacía le costaba mucho esfuerzo	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>268.</b> Veía el futuro con esperanza	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>269.</b> Pensaba que su vida era un fracaso	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>270.</b> Tenía miedo	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>271.</b> Dormía sin descansar	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>272.</b> Estaba feliz	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>273.</b> Platicaba menos de lo normal	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>274.</b> Se sentía solo(a)	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>275.</b> Sentía que la gente era poco amigable	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>276.</b> Disfrutó de la vida	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>277.</b> Lloraba a ratos	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>278.</b> Se sentía triste	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>279.</b> Sentía que no le caía bien a otros	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	

<b>280.</b> No podía “seguir adelante”	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>281.</b> Tenía pensamientos sobre la muerte	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>282.</b> Sentía que su familia estaría mejor si usted estuviera muerto(a)	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	
<b>283.</b> Pensó en matarse	0.....1 1-2 .....2 3-4 .....3 5-7 .....4	

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

<b>284.</b> ¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?	Si .....1 No.....2	
<b>285.</b> ¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?	Si .....1 No.....2	
<b>286.</b> ¿Ha pensado que vale más morir que vivir?	Si .....1 No.....2	
<b>287.</b> ¿Ha estado a punto de intentar quitarse la vida?	Si .....1 No.....2	→ Si es mujer pase a Nota 35. Si es hombre pase a P 300
<b>288.</b> Durante los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces intentó quitarse la vida?	Nunca en los últimos 12 meses.....1 1 vez .....2 2 ó 3 veces .....3 4 ó 5 veces .....4 6 ó más veces.....5	
<b>289.</b> ¿Cuál de estas tres afirmaciones describe mejor su situación cuando tuvo por primera vez un intento de suicidio?	Hizo un intento muy serio para matarse, solo la suerte hizo que no lo lograra .....1 Intentó matarse, pero sabía que el método podía fallar.....2 Su intento fue una petición de ayuda no quería morir .....3 No sabe/No contesta .....9	
<b>290.</b> Si intentó quitarse la vida en los últimos 12 meses, ¿estuvo hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico debido a la gravedad de las lesiones que tuvo?	Si .....1 No.....2	
<b>Nota 35:</b> Si es mujer y ha estado embarazada continúe, si no se ha embarazado o es hombre pase a P 300.		
<b>291.</b> Cuando ha(s) estado embarazada, ¿ha(s) consumido alcohol?	Si, la misma cantidad.....1 Si, menos cantidad.....2 No.....3	
<b>292.</b> ¿Consumió /consumiste bebidas alcohólicas mientras amamantaba(s) a su(s) bebé(s)?	Si .....1 No.....2 No sabe/No contesta .....9	

<p><b>293.</b> Cuando ha(s) estado embarazada, ¿ha(s) consumido drogas?</p>	<p>Si, la misma cantidad.....1  Si, menos cantidad.....2  No.....3</p>	<p>} <b>Continúe</b>  → <b>Pase a P 295</b></p>
<p><b>294.</b> ¿Cuál(es)?</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
<p><b>295.</b> ¿Ha(s) perdido algún bebé por causa de la violencia?</p>	<p>Si .....1  No .....2</p>	<p>→ <b>Pase a P 297</b></p>
<p><b>296.</b> ¿Cuántas veces le ha ocurrido esto?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de veces</p>	
<p><b>297.</b> ¿Tiene(s) algún bebé con algún defecto de nacimiento de cualquier tipo?</p>	<p>Si .....1  No .....2</p>	<p>→ <b>Pase a P 299</b></p>
<p><b>298.</b> ¿Cuál?</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
<p><b>299.</b> En su último embarazo ¿Tuvo alguno de estos problemas?</p> <p><b>Puede marcar más de una opción.</b></p>	<p>Aborto natural.....1  Parto antes de tiempo.....2  El bebé nació muerto .....3  El bebé con bajo peso al nacer  (menos de 2 kilos y medio) .....4  Ningún problema.....5  No sabe/ No contesta.....9</p>	
<p><b>300.</b> ¿Alguna vez alguien lo(a) ha forzado o presionado a tener un contacto sexual?. Es decir, ¿le han tocado sus partes sexuales, o ha tocado las partes sexuales de otra persona, en contra de su voluntad?</p>	<p>Si .....1  No .....2</p>	<p>→ <b>Continúe</b>  → <b>Pase a P 303</b></p>
<p><b>301.</b> ¿Quién?</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
<p><b>302.</b> ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Edad</p>	
<p><b>303.</b> ¿Alguna vez alguien lo(a) ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad, es decir usando golpes o fuerza física o amenazándolo(a) de alguna forma. Es decir, ¿lo(a) violaron?.</p>	<p>Si .....1  No .....2</p>	<p>→ <b>Continúe</b>  → <b>Pase a Nota 36</b></p>
<p><b>304.</b> ¿Quién?</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Especifique</p>	
<p><b>305.</b> ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió esto?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Edad</p>	
<p><b>306.</b> ¿Cuántas veces le ha ocurrido?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Número de veces</p>	

**Nota 36:** Si “E” ha tenido alguna vez pareja hacer las siguientes preguntas, si No pase a P 314

La gente puede ser físicamente agresiva de muchas formas, por ejemplo, aventando, golpeando, abofeteando, ó físicamente agresiva de otras formas. Si me permite, voy hacerle unas preguntas sobre su relación amorosa con su pareja o ex –pareja ¿Alguna vez en su vida en el momento de una discusión o conflicto le han sucedido las siguientes cosas tales como: empujar, apretar, abofetear, puñetear, patear, aventarle cosas, pegarle con un objeto, amenazarla con una pistola, usar una pistola?

307. ¿Le ha sucedido algunos de los eventos mencionados antes....	A) ¿Alguna vez? Si.....1 <b>Continúe</b> No.....2 <b>Pase a P 314</b>	B) ¿Últimos dos años? Si.....1 <b>Continúe</b> No.....2 <b>Pase a P 314</b>	C) ¿Últimos 12 meses? Si.....1 <b>Continúe</b> No.....2 <b>Pase a P 314</b>
308. ¿Cuáles de los siguientes eventos le han sucedido.			
a) Empujar	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
b) Apretar	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
c) Abofetear	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
d) Puñetear	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
e) Patear	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
f) Golpear	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
g) Aventar cosas	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
h) Pegarle con un objeto	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
i) Amenazarla con una pistola	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
J) Usar una pistola	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
k) Otro:	Si .....1 No.....2	Si .....1 No.....2	Si .....1 No .....2
	Especifique <b>Pase a B</b>	Especifique <b>Pase a C</b>	Especifique <b>Continúe</b>

309. ¿En alguno de estos eventos habían bebido alcohol?	En algunos..... 1 En todos..... 2 En ninguno ..... 3 No sabe/No contesta..... 9	→ <b>Pase a P 311</b>
310. ¿Quién?	Usted ..... 1 La otra persona..... 2 Ambos ..... 3	
311. ¿Dónde ocurrió el incidente?	En su casa..... 1 En la casa de otra persona ..... 2 En un bar, club o taberna..... 3 En un restaurante..... 4 En la calle..... 5 Otro (especifique) ..... 6	
312. ¿Buscó ayuda médica de un doctor, enfermera, paramédico u otro profesional de la salud, el día que ocurrió el incidente, al día siguiente o más o menos en ese tiempo?	Si ..... 1 No..... 2	

313. ¿Hizo alguna denuncia?	Si .....	1	
	No.....	2	

¿Ha(s) realizado alguna de las siguientes actividades en los últimos 12 meses

314. Tomar dinero o cosas valiosas que no le (te) pertenecen	Si .....	1	
	No.....	2	
315. Atacar a alguien, usando algún objeto como: arma, cuchillo, palo, navaja, etc.	Si .....	1	
	No.....	2	
316. Vender drogas (como la mariguana, cocaína, etc.).	Si .....	1	
	No.....	2	
317. Tomar parte en riñas o peleas	Si .....	1	
	No.....	2	
318. Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	Si .....	1	
	No.....	2	
319. Otra actividad que pudiera generarle(te) problemas con la policía	Si .....	1	
	No.....	2	
320. ¿Cuál?	_____		
	Especifique		

**Yucatán**

343. ¿Ha ido alguna vez a <b>La Riviera Maya</b> (en el estado de Quintana Roo), como Cancún, Playa del Carmen, Cozumel?	Si .....	1	→ <b>Pase a P 354</b>
	No .....	2	
344. ¿A qué lugar?	_____		
Especifique			
345. ¿Cuántos años tenía la primera vez que fue a _____? Especifique	Años		
346. ¿Cuántas veces ha estado en _____? Especifique	Veces		
<b>Nota 42:</b> Si solo ha ido una vez hacer la P 347 y P 348 preguntando por esa única vez			
347. ¿Hace cuánto fue la última vez que estuvo en _____? Especifique <i>Anote en las casillas el tiempo de estancia de acuerdo a como el entrevistado lo mencione</i>	Días       Semanas		
	Meses       Años		
348. Esa última vez ¿cuánto tiempo se quedó allá? <i>Anote en las casillas el tiempo de estancia de acuerdo a como el entrevistado lo mencione</i>	Días       Semanas		
	Meses       Años		

349. ¿Cuál ha sido el principal motivo de sus viajes...			
a) Trabajo?	Si .....	1	→ <b>Pase a P 350</b>
	No.....	2	
b) Vacaciones?	Si .....	1	→ <b>Pase a P 351</b>
	No.....	2	
c) Otros?	Si .....	1	→ <b>Pase a P 351</b>
	No.....	2	

<b>350.</b> ¿En qué lugar se empleó usted?	Restaurantes ..... 1 Hoteles ..... 2 Antros (centros nocturnos ..... 3 Taxis (transporte público) ..... 4 Negocios de playa ..... 5 Negocios turísticos ..... 6 Pequeños comercios ..... 7 Cuidadora de niños ó ancianos ..... 8 Trabajo agrícola ..... 9 Construcción ..... 10 Jardinería ..... 11 Limpieza de hogares ..... 12 Otro (especificar) _____ ..... 13	
<b>351.</b> ¿Cuántas veces ha estado ahí en el último año?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Veces No ha estado en el último año ..... 98	→ <b>Pase a P 354</b>
<b>352.</b> Aproximadamente, por cuánto tiempo estuvo en el último año. <i>Anote en las casillas el tiempo de estancia de acuerdo a como el entrevistado lo mencione</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Días <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Años	
<b>353.</b> En una semana típica, ¿cuántas veces va a Quintana Roo?	Una vez al día (diario) ..... 1 3-4 veces a la semana ..... 2 1-2 veces a la semana ..... 3 Menos de 1 vez a la semana ..... 4 Ninguna ..... 5	
<b>354.</b> Conoce usted a alguien que haya migrado a <b>La Riviera Maya, en el estado de Quintana Roo</b> , como Cancún, Playa del Carmen, Cozumel?	Si ..... 1 No ..... 2	→ <b>Fin de la Entrevista</b>
<b>355.</b> ¿A qué lugar?	_____ Especifique	
<b>356.</b> ¿Cuántas personas conoce usted que estén en (especificar) _____ de forma permanente o temporal?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Personas	
<b>357.</b> ¿Qué relación de parentesco tiene(n) esta(s) persona(s) con usted?  Circule todas las opciones que mencione el entrevistado.	Padre ..... 1 Madre ..... 2 Hijo(a) ..... 3 Hermano(a) ..... 4 Esposo(a)/Compañero(a) ..... 5 Otro miembro de la familia ..... 6 Amigo(a) ..... 7 Conocido(a) ..... 8 Otro(especifique): _____ ..... 9	
<b>358.</b> ¿Cuál ha sido el principal motivo de migración de estas personas? Codifique: 1= Trabajo 2= Cualquier otro motivo	1. Padre ..... <input type="checkbox"/> 2. Madre ..... <input type="checkbox"/> 3. Hijo(a) ..... <input type="checkbox"/> 4. Hermano(a) ..... <input type="checkbox"/> 5. Esposo(a)/ Compañero(a) ..... <input type="checkbox"/> 6. Otro miembro de familia ..... <input type="checkbox"/> 7. Amigo(a) ..... <input type="checkbox"/> 8. Conocido(a) ..... <input type="checkbox"/> 9. Otro(especifique) _____ ..... <input type="checkbox"/>	

**Nota 43:** Haga P 359 solamente si el encuestado mencionó en P 358 algún código =1, es decir si el motivo de migración de sus familiares o conocidos ha sido por trabajo si NO Pase a P 360

**359.** ¿En qué tipo de trabajo se emplearon su(s) familiar(es) o conocido(s)?  
 01= Restaurantes  
 02= Hoteles  
 03= Antros (Centros Nocturnos)  
 04= Taxis (Transporte Público)  
 05= Negocios de playa  
 06= Negocios turísticos  
 07= Pequeños comercios  
 08= Cuidadora de niños ó ancianos  
 09= Trabajo agrícola  
 10= Construcción  
 11= Jardinería  
 12= Limpieza de hogares  
 13= Otro especificar: \_\_\_\_\_  
 99= No sabe/No contesta

**Codifique en las columnas:**

- 1. Padre .....| | |
- 2. Madre.....| | |
- 3. Hermano(a) .....| | |
- 4. Hermano(a) .....| | |
- 5. Esposo(a)/ Compañero(a). .....| | |
- 6. Otro miembro de familia.....| | |
- 7. Amigo(a).....| | |
- 8. Conocido(a) .....| | |

**Nota 44:** Especificar sobre cada recuadro el tiempo, si es igual a un año o menor codificar 01

**360.** ¿Qué tiempo han estado fuera su(s) familiar(es) o conocido(s)?

- 1. Padre .....| | |
- 2. Madre.....| | |
- 3. Hermano(a) .....| | |
- 4. Hermano(a) .....| | |
- 5. Esposo(a)/ Compañero(a). .....| | |
- 6. Otro miembro de familia.....| | |
- 7. Amigo(a).....| | |
- 8. Conocido(a).....| | |
- 9. Otro(especifique): .....| | |

**361.** ¿Qué tan seguido se comunica a través del teléfono, cartas o e-mail con sus familiares o amigos en (especifique)\_\_\_\_\_?

- Una vez al día (diario) ..... 1
- 1-2 veces a la semana ..... 2
- 3-4 veces a la semana ..... 3
- 5-6 veces a la semana ..... 4
- Ninguna ..... 5