

ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVASEl futuro
es de todosGobierno
de Colombia

ASIGNACIÓN DEL HOGAR:

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales, ni pueden utilizarse como prueba judicial.

ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Obtener información estadística necesaria para estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, entre la población de 12 a 65 años.

A. IDENTIFICACIÓN

1. Departamento	<input type="text"/>	7. Segmento nro.	<input type="text"/>	12. Teléfono	
2. Municipio	<input type="text"/>	8. Edificación nro.	<input type="text"/>	13. Total hogares en la vivienda	<input type="text"/>
3. Clase	<input type="text"/>	9. Vivienda nro.	<input type="text"/>	14. Hogar No.	<input type="text"/>
4. Sector	<input type="text"/>	10. Dirección de la vivienda o nombre de la finca		15. Total de personas en el hogar	<input type="text"/>
5. Sección	<input type="text"/>			16. Resultado final de la vivienda	<input type="text"/>
6. Manzana nro.	<input type="text"/>	11. Barrio, centro poblado o vereda		(Si el resultado es V u OM finalice la encuesta)	
				17. Resultado final del hogar	<input type="text"/>
				Diligencie esta información hasta el final del formulario	

A.1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

1. ENCUESTA					2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA		3. CRÍTICA DE LA ENCUESTA		4. DIGITACIÓN DE LA ENCUESTA		
Encuestador(a) <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Semana de recolección <input type="text"/>					Coordinación de campo <input type="text"/>		Supervisión de crítica y digitación <input type="text"/>		Supervisión de crítica y digitación <input type="text"/>		
Resultado de la encuesta					Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
Visita número:	1	2	3	4	Supervisión <input type="text"/>		Crítica de encuesta <input type="text"/>		Digitación de encuesta <input type="text"/>		
Fecha (día-mes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
Día de la semana	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
Hora de inicio (hora-minutos)	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
Hora de terminación (hora-minutos)	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	a. m. <input type="text"/> p. m. <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
Resultado(*)					Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		Nombre: <input type="text"/>		
RESULTADOS DE LA VIVIENDA					¿La información va a ser suministrada por el hogar ?						
O=Ocupada	V=Vacante	OM=Otro motivo	SI	1 Completo =EC	NO	3 Ocupado =OC	5 Ausente temporal =AT	7 Sin informante =SI			
				2 Incompleto =EI		4 Nadie en el hogar =NH	6 Rechazo = R	8 Persona con discapacidad =D			

Observaciones

B. DATOS DE LA VIVIENDA (Para el primer hogar de la vivienda)

1. Tipo de vivienda (diligencie por observación)

Casa	1
Apartamento	2
Cuarto (s)	3
Otra vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, refugio natural, etc.)	4

2. ¿La vivienda cuenta con el servicio de energía eléctrica?

Sí

No

Estrato para tarifa

Observaciones

C. REGISTRO DE HOGARES Y PERSONAS

1. ¿Cuántos hogares hay en esta vivienda?

2. ¿Cuántas personas conforman su hogar?

REGISTRO DE PERSONAS

No. Orden	3. ¿Cuáles son los nombres y apellidos de las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, residentes habituales presentes o no?	4. Sexo	5. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	6. ¿Cuál es su parentesco con la persona jefe o jefa del hogar?	7. ¿La madre de vive en este hogar?		8. ¿El padre de vive en este hogar?	
	Residente habitual: Persona que vive permanentemente o la mayor parte del tiempo en la vivienda aunque el día de la encuesta esté ausente.	Hombre <input type="text"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jefe(a) del hogar <input type="text"/> <input type="text"/> Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Hijo(a), hijastro(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Yerno, nuera. <input type="text"/> <input type="text"/> Nieto(a). <input type="text"/> <input type="text"/> Padre, madre, suegro(a). <input type="text"/> <input type="text"/> Hermano(a). <input type="text"/> <input type="text"/> Otro pariente. <input type="text"/> <input type="text"/> Empleado(a) del servicio doméstico y sus parientes <input type="text"/> <input type="text"/> Otro no pariente. <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> Fallecido <input type="text"/> <input type="text"/>	No. Orden <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text"/> <input type="text"/> No <input type="text"/> <input type="text"/> Fallecido <input type="text"/> <input type="text"/>	No. Orden <input type="text"/> <input type="text"/>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

C. REGISTRO DE HOGARES Y PERSONAS (conclusión)

TABLA DE SORTEO

ENCUESTADOR: Anote el nombre de todos los integrantes del hogar entre 12 y 65 años, comenzando por el de mayor edad. Por favor excluya a los miembros del servicio doméstico. Si no hay personas entre 12 y 65 años, diligencie la pregunta de control y termine la encuesta.

No.	Nombres y apellidos	Edad	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2			1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3			1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
4			1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	4	3	3	4	4	4
5			1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	4	4	3	4	4	5	5	5
6			1	2	1	2	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5	5	6	5	6
7			1	1	2	1	2	3	4	3	4	4	5	4	5	6	7	6	7	7
8			1	1	2	2	3	4	4	3	4	5	6	5	5	6	7	7	8	8
9			1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	9
10			1	1	2	2	3	3	4	5	4	6	7	6	8	8	9	9	10	10
11			1	2	3	4	2	4	5	5	6	6	7	7	8	10	8	9	10	11
12			1	2	3	4	2	4	5	6	5	7	8	7	9	10	9	11	10	12

¿La información va a ser suministrada por la persona seleccionada?

CONTROL

Sí ☐ Resultado final de la encuesta

☐ Completa

☐ Incompleta

Este resultado debe asignarse al finalizar el diligenciamiento del formulario.

No ☐ ¿Por qué motivo?

☐ Persona ocupada

☐ Nadie en el Hogar

☐ Ausente Temporal

☐ Rechazo

☐ Sin informante

☐ Persona con discapacidad

De por terminada la encuesta.

Observaciones

Consentimiento

ENCUESTADOR, SI EL INFORMANTE ES MENOR DE EDAD LEA ESTO AL ADULTO RESPONSABLE DEL HOGAR

Estimado/a padre/madre de familia o tutor(a),

Reciba un cordial saludo. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se encuentra recogiendo la **ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (ENCSPA)**, en diferentes municipios del país.

Propósito del estudio: El propósito de la ENCSPA es obtener información estadística necesaria para estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, entre la población de 12 a 65 años.

Procedimiento del estudio: Se aplicará un formulario a los adolescentes entre 12 y 18 años de edad. Esta actividad se realizará con cada adolescente individualmente y la llevará a cabo personal capacitado para esto.

Riesgos del estudio: No hay riesgo para su hijo(a) o menor a cargo con este estudio.

Confidencialidad: Toda la información recolectada durante la encuesta es estrictamente confidencial y se utilizará únicamente con fines estadísticos. En el marco de la Ley 79 de 1993 de reserva estadística, artículo 5 *“Los datos suministrados al DANE no podrán darse a conocer al público ni a las instituciones educativas u organismos oficiales, ni a las autoridades públicas, sino únicamente en resúmenes numéricos, que no hagan posible deducir de ellos información alguna de carácter individual.”*

Preguntas: Si usted tiene alguna duda adicional sobre la encuesta, puede llamar al teléfono **5978300** extensiones **2326-3109**

Por favor, firme abajo si autoriza a su hijo(a) o menor a cargo a participar en las actividades descritas previamente.

Nombre del padre/madre/tutor(a)

C.C. _____

Nombre del padre/madre/tutor(a)

C.C. _____

Asentimiento

ENCUESTADOR, UNA VEZ FIRMADO EL CONSENTIMIENTO, LEA ESTO AL JÓVEN O ADOLESCENTE:

Estimado/a jóven o adolescente,

Recibe un cordial saludo. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se encuentra recogiendo la **ENCUESTA NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (ENCSPA)**, en diferentes municipios del país.

Esta investigación tiene el objetivo de obtener información estadística necesaria para estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, entre la población de 12 a 65 años. Si decides participar, una persona entrenada te hará varias preguntas relacionadas con la temática, cuyas respuestas serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente con fines estadísticos.

Por favor firma si deseas participar en este estudio:

Nombres y apellidos del jóven o adolescente

Firma del jóven o adolescente

D. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (conclusión)

11. En su opinión, ¿cuál cree usted que es el riesgo que correría una persona si:

(E: Entregue **Tarjeta 1** al encuestado, lea cada una de las alternativas y espere respuesta sobre los números de la tarjeta)

	Ningún Riesgo	Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Gran Riesgo	No sé qué riesgo corre
a. Fumara cigarrillos frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
b. Tomara bebidas alcohólicas frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
c. Tomara tranquilizantes sin prescripción médica una o dos veces en los últimos tres meses	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
d. Tomara tranquilizantes sin prescripción médica algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
e. Tomara tranquilizantes sin prescripción médica frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
f. Fumara marihuana una o dos veces en los últimos tres meses	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
g. Fumara marihuana algunas veces (ocasionalmente/de vez en cuando)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
h. Fumara marihuana frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
i. Consumiera cocaína una o dos veces en los últimos tres meses	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
j. Consumiera cocaína algunas veces (ocasionalmente/de vez en cuando)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
k. Consumiera cocaína frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
l. Consumiera basuco una o dos veces en los últimos tres meses	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
m. Consumiera basuco algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>
n. Consumiera basuco frecuentemente	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>	5 <input type="text"/>

12. ¿A usted le parece que en su barrio o sector se presentan los siguientes problemas:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada categoría)

	Si		No	
a. Consumo de alcohol	<input type="text" value="1"/>	Continúe	<input type="text" value="2"/>	↓
b. Consumo de otras sustancias psicoactivas	<input type="text" value="1"/>	Continúe	<input type="text" value="2"/>	↓
c. Expendio de sustancias psicoactivas	<input type="text" value="1"/>	Continúe	<input type="text" value="2"/>	

Si todas las opciones son No pase al Capítulo E

12A. Cómo considera este problema:

Es un problema grave	Es un problema leve	No sabe/ no responde
1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	9 <input type="text"/>
1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	9 <input type="text"/>
1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	9 <input type="text"/>

Observaciones

Observaciones

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES

E. TABACO (Cigarrillos, cigarros, pipas, puros u otros)

1. ¿Ha fumado cigarrillos/tabaco alguna vez en la vida?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ Continúe

No ☐ Pase a 10

2. ¿Qué edad tenía usted cuando fumó cigarrillos/tabaco por primera vez?

(E: Espere respuesta)

☐ Años Verifique frente a edad del encuestado. No puede ser mayor.

3. ¿Cuándo fue la primera vez que usted fumó cigarrillos/tabaco:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

En los últimos 30 días ☐

Hace más de 30 días pero menos de 12 meses ☐

Hace más de 12 meses ☐

4. ¿Ha fumado cigarrillos/tabaco en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ Continúe

No ☐ Pase a 10

No contesta ☐ Pase a 10

5. ¿Ha fumado cigarrillos/tabaco en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ Continúe

No ☐ Pase a 10

No contesta ☐ Pase a 10

6. ¿Cuántos días ha fumado cigarrillos/tabaco durante los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta)

☐ días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

7. ¿Fumó cigarrillos/tabaco la semana pasada?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ Continúe

No ☐ Pase a 10

No contesta ☐ Pase a 10

8. ¿Con qué frecuencia fumó cigarrillos/tabaco la semana pasada:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

Diariamente ☐ Continúe

Algunos días de la semana ☐ Pase a 10

Menos de una vez por semana ☐ Pase a 10

9. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos/tabaco fuma diariamente?

(E: Espere respuesta y diligencie según lo indicado)

☐ Cigarrillos Solicite confirmación si el valor es superior a 60

CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS O VAPORIZADORES CON NICOTINA (SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE ADMINISTRACIÓN DE NICOTINA)

10. ¿Ha fumado cigarrillos electrónicos o vaporizadores con nicotina alguna vez en la vida?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ Continúe

No ☐ Pase a capítulo F

11. ¿Qué edad tenía usted cuando los uso por primera vez?

(E: Espere respuesta y diligencie según lo indicado)

☐ Años Verifique frente a edad del encuestado. No puede ser mayor.

12. ¿Ha usado cigarrillos electrónicos o vaporizadores con nicotina en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐

No ☐

No contesta ☐

Observaciones

Observaciones

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES

F. ALCOHOL (bebidas alcohólicas como cerveza, vino, chicha o licores fuertes)

1. ¿Tiene familiares cercanos que se emborrachen frecuentemente? (E: Espere respuesta)

Sí → ¿Cuántos? Uno
No Dos o más

2. ¿Tiene amigos(as) que se emborrachan frecuentemente? (E: Espere respuesta)

Sí → ¿Cuántos? Uno
No Dos o más

3. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida? (E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí Continúe
No Pase a capítulo G

4. ¿Qué edad tenía usted cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez? (E: Espere respuesta)

Años Verifique frente a edad del encuestado. No puede ser mayor.

5. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió bebidas alcohólicas: (E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

En los últimos 30 días
Hace más de 30 días pero menos de 12 meses
Hace más de 12 meses

6. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses? (E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí Continúe
No Pase a capítulo G
No contesta Pase a capítulo G

7. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días? (E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí Continúe
No Pase a capítulo G
No contesta Pase a capítulo G

8. ¿Cuántos días ha consumido alcohol en los últimos 30 días? (E: Espere respuesta)

días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

9. ¿Cuántos días se ha emborrachado durante los últimos 30 días? (E: Espere respuesta)

días

10. En los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una una opción para cada alternativa.)

	Diariamente	Fines de semana	Algunos días de la semana	No en los últimos 30 días	Nunca
a. Cerveza	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. Aguardiente	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Ron	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. Whisky	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. Brandy, Coñac, Vodka, Ginebra	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
f. Vino	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. Chicha, guarapo, chirrinchi	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. Alcohol industrial o medicinal mezclado con refrescos en polvo o gaseosa (chamber, Chamberlain)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
i. Otra, ¿Cuál? _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

11. ¿Alguna vez usted ha consumido bebidas alcohólicas por una vía diferente a la oral?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí → ¿Cuál? a. Rectal o vaginal
No b. Otra
No contesta

ENC: SI HA CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN F6 HAGA PREGUNTAS DE F12 A F21. EN CASO CONTRARIO PASE A CAPÍTULO G

12. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió alguna bebida alcohólica:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

Una vez al mes
De 2 a 4 veces al mes
De 2 a 3 veces a la semana
4 o más veces a la semana

13. ¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo habitual:

(E: Entregue **Tarjeta 2** al encuestado y espere respuesta)

1 o 2
3 o 4
5 o 6
7, 8 o 9
10 o más

14. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomó 6 o más tragos de bebidas alcohólicas en un solo día:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

Nunca Pase a 20
Menos de una vez al mes
Mensualmente
Semanalmente
A diario o casi a diario

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES

F. ALCOHOL (bebidas alcohólicas como cerveza, vino, chicha o licores fuertes) (conclusión)

15. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses ha sentido la imposibilidad de parar de beber una vez había empezado:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Nunca ☐ 1
- Menos de una vez al mes ☐ 2
- Mensualmente ☐ 3
- Semanalmente ☐ 4
- A diario o casi a diario ☐ 5

16. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Nunca ☐ 1
- Menos de una vez al mes ☐ 2
- Mensualmente ☐ 3
- Semanalmente ☐ 4
- A diario o casi a diario ☐ 5

17. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Nunca ☐ 1
- Menos de una vez al mes ☐ 2
- Mensualmente ☐ 3
- Semanalmente ☐ 4
- A diario o casi a diario ☐ 5

18. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Nunca ☐ 1
- Menos de una vez al mes ☐ 2
- Mensualmente ☐ 3
- Semanalmente ☐ 4
- A diario o casi a diario ☐ 5

19. ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Nunca ☐ 1
- Menos de una vez al mes ☐ 2
- Mensualmente ☐ 3
- Semanalmente ☐ 4
- A diario o casi a diario ☐ 5

20. ¿Alguna vez usted o alguna otra persona ha resultado herido(a) porque usted había bebido?

(E: Espere respuesta)

¿Cuándo?

- Sí ☐ 1 → En los últimos 12 meses ☐ 1
- No ☐ 2 → Hace más de 12 meses ☐ 2

21. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

(E: Espere respuesta)

¿Cuándo?

- Sí ☐ 1 → En los últimos 12 meses ☐ 1
- No ☐ 2 → Hace más de 12 meses ☐ 2

Observaciones

Observaciones

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES

G. Sustancias psicoactivas

1. ¿Tiene familiares cercanos que consuman sustancias como marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína (hache o "H") u otra?

(E: Espere respuesta)

¿Cuántos?

Sí → Uno

No Dos o más

2. ¿Tiene amigos(as) que consuman sustancias como marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína (hache o "H") u otra?

(E: Espere respuesta)

¿Cuántos?

Sí → Uno

No Dos o más

3. ¿Alguna vez sintió curiosidad por probar alguna sustancia como marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína (hache o "H") u otra?

(E: Espere respuesta)

Sí

No

4. Si tuviera la oportunidad, ¿probaría alguna de esas sustancias?

(E: Espere respuesta)

Sí

No

5. ¿Alguna vez tuvo la posibilidad de probar una sustancia como marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína (hache o "H") u otra aunque no la haya consumido?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí → ¿Con qué frecuencia? → Nunca

Una vez

Dos o más veces

No

6. ¿En general cuán fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes sustancias:

(E: Entregue la Tarjeta 3 al encuestado, lea cada una de las alternativas y espere respuesta sobre los números de la tarjeta)

	Me sería fácil	Me sería difícil	No podría conseguir	No sé si es fácil o difícil
a. Marihuana	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. Cocaína	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Basuco	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. Éxtasis – MDMA	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. Inhalables tales como pegantes, pinturas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
f. Popper	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. Metanfetaminas	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. Tranquilizantes o sedantes sin prescripción médica	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
i. Estimulantes sin prescripción médica	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
j. Heroína (hache o "H")	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
k. LSD	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
l. Ketamina	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
m. GHB (éxtasis líquido)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
n. Otras drogas sintéticas (2CB o tusi)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

7. ¿Alguna vez alguien le ofreció probar o comprar alguna de estas sustancias?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí Continúe

No Pase a 9

No contesta Pase a 9

Observaciones

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES

G. Sustancias psicoactivas (continuación)

8. ¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de las siguientes sustancias, ya sea para comprar o probar:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

	Durante los últimos 30 días	Hace más de 30 días, y menos de 12 meses	Hace más de 12 meses	Nunca me han ofrecido
a. Marihuana	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
b. Cocaína	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
c. Basuco	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
d. Éxtasis	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
e. Heroína (hache o "H")	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
f. LSD	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>
g. Otro	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="9"/>

9. ¿Ha utilizado productos y/o medicamentos con base en cannabis (marihuana) alguna vez en su vida?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí → Continúe
- No → Pase a G11
- No contesta → Pase a G11

10. ¿El uso de estos productos y/o medicamentos elaborados a partir de cannabis ha sido con propósitos médicos?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí
- No
- No contesta

Observaciones

Observaciones

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES

G. Sustancias psicoactivas (continuación)

11. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias alguna vez en su vida:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

Tenga en cuenta las sustancias mencionadas y aplique los capítulos correspondientes. Si contestó NO en todas las alternativas verifique las siguientes situaciones:

a. Si la persona trabaja (D2=1), pase a Capítulo R b. Si la persona no trabaja (D2 diferente de 1) y es mujer (C4=2), pase a Capítulo S c. Si la persona no trabaja (D2 diferente de 1) y es hombre (C4=1), pase a Capítulo D2

			11a. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez?	
a. (E: Entregue Tarjeta 4) Tranquilizantes sin fórmula médica o pastillas para dormir, calmar los nervios o la ansiedad, tales como Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Ativan Lorazepam, Alprazolam, Coquan, Clonazepam, Zolpidem.	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo H. Medicamentos tranquilizantes
	No	<input type="text" value="2"/>		
b. Estimulantes sin fórmula médica, tales como Metilfenidato/Ritalina/Concerta o Modafinilo/Vigia/Carim	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo I. Medicamentos estimulantes
	No	<input type="text" value="2"/>		
c. Sustancias inhalables tales como pegantes/sacol, pinturas, thinner	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo J. Sustancias inhalables
	No	<input type="text" value="2"/>		
d. DICK (ladys, fragancia)	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo J. Sustancias inhalables pregunta 7
	No	<input type="text" value="2"/>		
e. POPPER	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo J. Sustancias inhalables pregunta 11
	No	<input type="text" value="2"/>		
f. Marihuana	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo K. Marihuana
	No	<input type="text" value="2"/>		
g. Cocaína	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo L. Cocaína
	No	<input type="text" value="2"/>		
h. Basuco.	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo M. Basuco
	No	<input type="text" value="2"/>		
i. Éxtasis – MDMA	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo N. Éxtasis
	No	<input type="text" value="2"/>		
j. Heroína (hache o "H")	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo O. Heroína (hache o "H")
	No	<input type="text" value="2"/>		
k. Metanfetamina (o meth, cristal, ice, hielo, speed)	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	
	No	<input type="text" value="2"/>		
l. Metadona sin prescripción médica	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	
	No	<input type="text" value="2"/>		
m. (E: Entregue Tarjeta 5) Analgésicos opioides sin prescripción médica tales como Morfina, Oxycodona/oxycotin, Fentanilo/durogesic, Hidromorfona, Meperidina, Tramadol/tramal, Hidrocodona/Vicodin/Sinalgen/Dovir, codeína/winadeine/winadol/algimide.	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo P. Otras sustancias pregunta 1.
	No	<input type="text" value="2"/>		
n. LSD (o tripi)	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo P. Otras sustancias pregunta 3
	No	<input type="text" value="2"/>		
o. Hongos	Sí	<input type="text" value="1"/>	→ <input type="text" value=""/> años	→ Capítulo P. Otras sustancias pregunta 3.
	No	<input type="text" value="2"/>		

Continúe en la siguiente página

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES

G. Sustancias psicoactivas (conclusión)

11. ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias alguna vez en su vida:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

Tenga en cuenta las sustancias mencionadas y aplique los capítulos correspondientes. Si contestó NO en todas las alternativas verifique las siguientes situaciones:

a. Si la persona trabaja (D2=1), pase a Capítulo R b. Si la persona no trabaja (D2 diferente de 1) y es mujer (C4=2), pase a Capítulo S c. Si la persona no trabaja (D2 diferente de 1) y es hombre (C4=1), pase a Capítulo D2

	Sí	No	11a. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez?	
p. Yagé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	Capítulo P. Otras sustancias pregunta 5
q. Cacao sabanero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	Capítulo P. Otras sustancias pregunta 5
r. Ketamina (o Ketalar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	
s. Bebidas energizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	
t. GHB ("G" o éxtasis líquido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	
u. 2CB (tucibi o nexus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	
v. Otras drogas: especificar cuáles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> años	

ENC: Aplique G12 solo si respondió SI al consumo de alcohol (F3) o al consumo de alguna sustancia ilícita (G11)

12. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna de las siguientes sustancias:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

	Sí	No	No aplica
a. Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Heroína (hache o "H")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Cocaína y heroína (speedball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Metanfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. GHB (éxtasis líquido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Algún medicamento sin prescripción médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Mezclas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde Si en alguna alternativa continúe.
De lo contrario verifique G11 y siga el flujo correspondiente.

13. ¿Ha compartido jeringas o agujas con alguna otra persona?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
No contesta	<input type="checkbox"/>

Observaciones

14. ¿Qué enfermedades conoce que se podrían transmitir al compartir jeringas o agujas?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

a. VIH	<input type="checkbox"/>
b. Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
c. Hepatitis C	<input type="checkbox"/>
d. HTLV	<input type="checkbox"/>
e. Enfermedad de chagas	<input type="checkbox"/>
f. Sífilis	<input type="checkbox"/>
g. Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>

H. MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES (Aplique para quienes contestaron sí en G11.a.)

1. ¿Cuándo fue la primera vez que usó medicamentos tranquilizantes sin formula médica:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

En los últimos 30 días	1	
------------------------	---	--

Hace más de 30 días pero menos de 12 meses	2	
--	---	--

Hace más de 12 meses	3	
----------------------	---	--

No contesta	9	
-------------	---	--

2. ¿Cómo obtuvo los medicamentos tranquilizantes que consumió sin fórmula médica?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

a. De un médico	1	
-----------------	---	--

b. En la calle	1	
----------------	---	--

c. En la casa

1	
---	--

d. De un amigo

1	
---	--

e. En la droguería 1

f. Por internet	1	
-----------------	---	--

g. Redes sociales	1
-------------------	---

h. Otro, ¿cuál? _____

i. No contesta	9	
----------------	---	--

3. ¿Ha consumido medicamentos tranquilizantes sin formula médica en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1	
---	--

 Continúa

No

2	
---	--

No contesta	9	
-------------	---	--

Continúe
Pase a capítulo
correspondiente
según G11.
Pase a capítulo
correspondiente
según G11.

4. ¿Ha consumido medicamentos tranquilizantes sin fórmula médica en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1	
---	--

 Continúa

No

2	
---	--

No contesta	9	
-------------	---	--

Continúe
Pase a capítulo
correspondiente
según G11.
Pase a capítulo
correspondiente
según G11.

5. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió medicamentos tranquilizantes sin formula médica?

(E: Espere respuesta)

días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

6. ¿Qué tipo de medicamentos tranquilizantes ha consumido?

(E: Entregue **Tarjeta 4** y espere respuesta. Puede marcar varias opciones)

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL / CALLE	
a. Alprazolam	Alprazolam, Dixin, Nirvan, Tensivan, Xanax	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. Bromazepam	Bromazepam, Lexotan, Octanyl	<input type="text"/> <input type="text"/>
c. Clonazepam	Rivotril, Coquan, Cremallera	<input type="text"/> <input type="text"/>
d. Clobazam	Urbadam	<input type="text"/> <input type="text"/>
e. Diazepam	Diazepam, Distensar, Valium	<input type="text"/> <input type="text"/>
f. Lorazepam	Ativan, Lorazepam	<input type="text"/> <input type="text"/>
g. Flunitrazepam	Rohypnol /Se conocen como Roches o Ruedas	<input type="text"/> <input type="text"/>
h. Midazolam	Dormicum	<input type="text"/> <input type="text"/>
i. Triazolam	Somese	<input type="text"/> <input type="text"/>
j. Zolpidem	Stilnox, Sucedal, Dormeben, Somnil	<input type="text"/> <input type="text"/>
k. Otro, ¿cuál? _____		<input type="text"/> <input type="text"/>

7. ¿Alguna vez usted ha consumido medicamentos tranquilizantes por una vía diferente a la oral?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1	
---	--

 \rightarrow ¿Cuál?

1	
---	--

 Inhalada

No

2	
---	--

1	
---	--

 Fumada

No contesta

9	
---	--

1	
---	--

 Inyectada

1		Rectal o vaginal
---	--	------------------

1		Otra
---	--	------

Observaciones

Observaciones

[illegible]

I. MEDICAMENTOS ESTIMULANTES (Aplique para quienes contestaron sí en G11.b.)

1. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió medicamentos estimulantes sin fórmula médica:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- En los últimos 30 días
- Hace más de 30 días pero menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses
- No contesta

2. ¿Cómo obtuvo los medicamentos estimulantes que consumió sin fórmula médica?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- a. De un médico
- b. En la calle
- c. En la casa
- d. De un amigo
- e. En la droguería
- f. Por internet
- g. Redes sociales
- h. Otro, ¿cuál?
- i. No contesta

3. ¿Ha consumido medicamentos estimulantes sin fórmula médica en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

4. ¿Ha consumido medicamentos estimulantes sin fórmula médica en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

5. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió medicamentos estimulantes sin fórmula médica?

(E: Espere respuesta)

días

Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

6. ¿Qué tipo de estimulantes ha consumido?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL / CALLE	
a. Metilfenidato	Ritalina, Concerta	<input type="text" value="1"/>
b. Modafinilo	Vigia, Carim	<input type="text" value="1"/>
c. Otro ¿Cuál?		<input type="text" value="1"/>

7. ¿Alguna vez usted ha consumido medicamentos estimulantes por una vía diferente a la oral?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí → ¿Cuál? Inhalada
- No Fumada
- No contesta Inyectada
- Rectal o vaginal
- Otra

Observaciones

Observaciones

J. SUSTANCIAS INHALABLES (Aplique para quienes contestaron sí en G11. c, d ó e)

1. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió sustancias inhalables?

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- En los últimos 30 días
- Hace más de 30 días pero menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses
- No contesta

2. ¿Ha consumido sustancias inhalables en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado sustancias inhalables?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- Una sola vez
- Algunas veces durante los últimos 12 meses
- Algunas veces mensualmente
- Algunas veces semanalmente
- Diariamente
- No contesta

4. ¿Ha consumido sustancias inhalables en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí
- No
- No contesta

Observaciones

5. ¿Qué tipo de inhalables ha consumido?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL / CALLE	
a. Pegantes	Pegante, Bóxer, sacol	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
b. Disolventes y combustibles	Thinner, gasolina	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
c. Nitritos de alquilo	Popper, Rush	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
d. Elementos de aseo y escritorio	Corrector líquido/pinturas	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
e. Nitrato de Amilo	Dick, Ladys o fragancia	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>
f. Otro ¿Cuál?		<input type="text" value="1"/> <input type="text" value=""/>

6. ¿Cómo obtuvo las sustancias inhalables que consumió?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- a. Por internet
- b. Por redes sociales
- c. En la olla o sitio de expendio
- d. Amigos(as)
- e. A domicilio
- f. Espacio público
- g. Establecimientos de esparcimiento (discotecas, bares)
- h. Otro ¿Cuál?
- i. No contesta

DICK, Ladys o fragancia Aplique para quienes contestaron sí en G11. d.

7. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió Dick, Ladys o fragancia?

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Durante los últimos 30 días
- Hace más de 30 días y menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses
- No contesta

8. ¿Ha consumido Dick, Ladys o fragancia en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

9. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido Dick, Ladys o fragancia?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Una sola vez
- Algunas veces durante los últimos 12 meses
- Algunas veces mensualmente
- Algunas veces semanalmente
- Diariamente
- No contesta

10. ¿Ha consumido Dick, Ladys o fragancia en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí
- No
- No contesta

POPPER Aplique para quienes contestaron sí en G11. e.

11. ¿Ha consumido POPPER en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

12. ¿Ha consumido POPPER en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí
- No
- No contesta

Observaciones

K. MARIHUANA (Aplique para quienes contestaron sí en G11. f.)

1. ¿Qué tipo de marihuana ha consumido:

(E: Léale las opciones al encuestado, puede marcar más de una opción)

- a. Regular o cafucha ☐
- b. Crippy o crespa ☐
- c. Corinto ☐
- d. Otra, ¿cuál? ☐

2. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió marihuana:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Durante los últimos 30 días ☐
- Hace más de 30 días y menos de 12 meses ☐
- Hace más de 12 meses ☐
- No contesta ☐

3. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí ☐ Continúe
Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No ☐ Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta ☐

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

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Una sola vez ☐
- Algunas veces durante los últimos 12 meses ☐
- Algunas veces mensualmente ☐
- Algunas veces semanalmente ☐
- Diariamente ☐
- No contesta ☐

5. ¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí ☐ Continúe
Pase a 8
- No ☐ Pase a 8
- No contesta ☐ Pase a 8

6. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió marihuana?

(E: Espere respuesta)

días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

7. ¿Cuánto gastó usted en marihuana durante los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta)

\$
Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

8. En promedio, ¿cuántos cigarrillos de marihuana consume usted al mes?

(E: Espere respuesta)

Cigarrillos

9. ¿Usted sabe cuánto cuesta un cigarrillo o porro de marihuana?

(E: Espere respuesta y diligencie según lo indicado)

Sí → Valor \$

No

Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

10. ¿Cómo obtuvo la marihuana que consumió?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- a. Por internet ☐
- b. Por redes sociales ☐
- c. En la olla o sitio de expendio ☐
- d. Amigos(as) ☐
- e. A domicilio ☐
- f. Espacio público ☐
- g. Establecimientos de esparcimiento (discotecas, bares) ☐
- h. Otro ¿Cuál?
- i. No contesta ☐

11. ¿Alguna vez usted ha consumido marihuana por una vía diferente a fumarla?

(E: Espere respuesta)

- Sí ☐ → ¿Cuál? ☐
- No ☐
- No contesta ☐
- Oral o ingerida (comida en ponques, galletas, brownie y otro tipo de alimento)
- Inhalada (vapeador)
- Inyectada
- Rectal o vaginal
- Otra

12. En los últimos 12 meses:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

Aplica para quienes informaron haber consumido marihuana en los últimos 12 meses (respondieron SI en la pregunta 3)

	Sí	No
a. ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del consumo de MARIHUANA? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Le ha sucedido que a causa del consumo de MARIHUANA se haya expuesto a algún peligro contra su integridad física? Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de MARIHUANA que pudiera causar problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la MARIHUANA? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de MARIHUANA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Usó MARIHUANA para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Ha presentado alguno de estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de MARIHUANA? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar MARIHUANA que no pudo resistir o pensar en nada más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Ha notado que la misma cantidad de MARIHUANA tiene menos efecto en Ud. que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con MARIHUANA ha consumido mayor cantidad que antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Ha usado MARIHUANA a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Ha terminado usando MARIHUANA en mayores cantidades de lo que usted pensó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de MARIHUANA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir MARIHUANA, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Ha continuado usando MARIHUANA a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. COCAÍNA (Aplique para quienes contestaron sí en G11. g.)

1. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió cocaína?

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una)

- Durante los últimos 30 días
- Hace más de 30 días y menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses
- No contesta

2. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

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

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Una sola vez
- Algunas veces durante los últimos 12 meses
- Algunas veces mensualmente
- Algunas veces semanalmente
- Diariamente
- No contesta

4. ¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a 7
- No contesta Pase a 7

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió cocaína?

(E: Espere respuesta)

días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

6. ¿Cuánto gastó usted en cocaína durante los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta)

\$
Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

7. En promedio, ¿cuántos gramos de cocaína consume usted al mes?

(E: Espere respuesta)

Gramos

8. ¿Usted sabe cuánto cuesta un gramo de cocaína?

(E: Espere respuesta y diligencie según lo indicado)

(ENC tenga en cuenta: "Aunque lo más común es la venta por papeletas de un gramo, en ocasiones venden papeletas de dos gramos, por tal razón se debe verificar que el precio reportado por el entrevistado es de un gramo").

Sí → Valor \$

No

Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

9. ¿Cómo obtuvo la cocaína que consumió?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- a. Por internet
- b. Por redes sociales
- c. En la olla o sitio de expendio
- d. Amigos(as)
- e. A domicilio
- f. Espacio público
- g. Establecimientos de esparcimiento (discotecas, bares)
- h. Otro ¿Cuál?
- i. No contesta

10. ¿Alguna vez usted ha consumido cocaína por una vía diferente a la inhalada?

(E: Espere respuesta)

Sí → ¿Cuál? Fumada

No Inyectada

No contesta

11. En los últimos 12 meses:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

Aplica para quienes informaron haber consumido cocaína en los últimos 12 meses (respondieron SI en la pregunta 2)

	Sí	No
a. ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del consumo de COCAÍNA? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. ¿Le ha sucedido que a causa del consumo de COCAÍNA se haya expuesto a algún peligro contra su integridad física? Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de COCAÍNA que pudiera causar problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la COCAÍNA? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de COCAÍNA?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. ¿Uso COCAÍNA para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
g. ¿Ha presentado alguno de estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de COCAÍNA? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
h. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar COCAÍNA que no pudo resistir o pensar en nada más?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
i. ¿Ha notado que la misma cantidad de COCAÍNA tiene menos efecto en Ud. que antes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
j. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con COCAÍNA ha consumido mayor cantidad que antes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
k. ¿Ha usado COCAÍNA a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
l. ¿Ha terminado usando COCAÍNA en mayores cantidades de lo que usted pensó?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
m. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de COCAÍNA?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
n. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir COCAÍNA, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
o. ¿Ha continuado usando COCAÍNA a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

M. BASUCO (Aplique para quienes contestaron sí en G11. h.)

1. ¿Cuándo fue la primera vez que consumió basuco?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Durante los últimos 30 días
- Hace más de 30 días y menos de 12 meses
- Hace más de 12 meses
- No contesta

2. ¿Ha consumido basuco en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a capítulo correspondiente según G11.
- No contesta Pase a capítulo correspondiente según G11.

3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido basuco?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Una sola vez
- Algunas veces durante los últimos 12 meses
- Algunas veces mensualmente
- Algunas veces semanalmente
- Diariamente
- No contesta

4. ¿Ha consumido basuco en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí Continúe
- No Pase a 7
- No contesta Pase a 7

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió basuco?

(E: Espere respuesta)

días Debe ser mayor a 00. Para no responde, escriba 99.

6. ¿Cuánto gastó usted en basuco durante los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta)

\$
Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

7. En promedio, ¿cuántas papeletas/bichas de basuco consume usted al mes?

(E: Espere respuesta)

Papeletas/bichas

8. ¿Usted sabe cuánto cuesta una papeleta o bicha de basuco?

(E: Espere respuesta y diligencie según lo indicado)

- Sí → Valor \$
- No

Encuestador, escriba en letras la cifra mencionada:

9. ¿Cómo obtuvo el basuco que consumió?

(E: Espere respuesta. Puede marcar más de una opción)

- a. Por internet
- b. Por redes sociales
- c. En la olla o sitio de expendio
- d. Amigos(as)
- e. A domicilio
- f. Espacio público
- g. Establecimientos de esparcimiento (discotecas, bares)
- h. Otro ¿Cuál?
- i. No contesta

Observaciones

10. En los últimos 12 meses:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

Aplique para quienes informaron haber consumido basuco en los últimos 12 meses (respondieron SI en la pregunta 2)

	Sí	No
a. ¿Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del consumo de BASUCO? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. ¿Le ha sucedido que a causa del consumo de BASUCO se haya expuesto a algún peligro contra su integridad física? Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. ¿Ha hecho algo bajo los efectos de BASUCO que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. ¿Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa de la BASUCO? Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. ¿Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de BASUCO?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. ¿Uso BASUCO para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
g. ¿Ha presentado alguno de estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de BASUCO? (ENC: Entregue Tarjeta 6)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
h. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar BASUCO que no pudo resistir o pensar en nada más?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
i. ¿Ha notado que la misma cantidad de BASUCO tiene menos efecto en Ud. que antes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
j. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con BASUCO ha consumido mayor cantidad que antes?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
k. ¿Ha usado BASUCO a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
l. ¿Ha terminado usando BASUCO en mayores cantidades de lo que usted pensó?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
m. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de BASUCO?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
n. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir BASUCO, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
o. ¿Ha continuado usando BASUCO a pesar de que le ocasiona problemas de salud física, emocionales o nerviosos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

P. OTRAS SUSTANCIAS (Aplique para quienes contestaron sí en G11. m, n, o, p, q)

ANALGÉSICOS OPIOIDES

Para quienes contestaron Sí en G11. m.

1. ¿Ha consumido analgésicos opioides en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

Continúe

No

2

Pase a capítulo correspondiente según G11.

No contesta

9

Pase a capítulo correspondiente según G11.

2. ¿Ha consumido analgésicos opioides en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

No

2

No contesta

9

LSD

Para quienes contestaron Sí en G11. n.

3. ¿Ha consumido LSD en los últimos 12 meses??

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

Continúe

No

2

Pase a capítulo correspondiente según G11.

No contesta

9

Pase a capítulo correspondiente según G11.

4. ¿Ha consumido LSD en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

No

2

No contesta

9

HONGOS - YAGE - CACAO SABANERO

Para quienes contestaron Sí en G11. o, p, q.

5. ¿Ha consumido hongos, yage, cacao sabanero en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

Continúe

No

2

Pase a capítulo correspondiente según G11.

No contesta

9

Pase a capítulo correspondiente según G11.

6. ¿Ha consumido hongos, yage, cacao sabanero en los últimos 30 días?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí

1

No

2

No contesta

9

Observaciones

Observaciones

Observaciones

Q. DEMANDA DE TRATAMIENTO

APLIQUE SÓLO A AQUELLAS PERSONAS QUE HAN CONSUMIDO ALGUNA SUSTANCIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,
VERIFIQUE PREGUNTAS: E4, F6, H3, I3, J2, J8, J11, K2, L2, M2, N2, O2, P1, P3, P5. DE LO CONTRARIO PASE AL CAPÍTULO R Ó S, SEGÚN EL SEXO DE LA PERSONA.

1. ¿En los últimos 12 meses sintió la necesidad de recibir ayuda para dejar de consumir tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Si, por tabaco ☐ 1 ☐
- Si, por alcohol ☐ 1 ☐
- Si, por otras sustancias psicoactivas ☐ 1 ☐
- No, nunca sentí necesidad ☐ 2 ☐

2. ¿En los últimos 12 meses alguna vez buscó ayuda especializada para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco u otra sustancia?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Sí ☐ 1 ☐ Continúe
- No ☐ 2 ☐ Pase a 5
- No contesta ☐ 9 ☐ Pase a 5

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

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Está actualmente ☐ 1 ☐ Continúe
- Estuvo en los últimos 12 meses ☐ 2 ☐ Continúe
- Si, pero hace más de 12 meses ☐ 3 ☐ Continúe
- Nunca estuvo ☐ 4 ☐ Pase a 5

4. ¿Cuál fue la sustancia principal que motivó el tratamiento?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

- Alcohol ☐ 1 ☐
- Marihuana ☐ 2 ☐
- Cocaína ☐ 3 ☐
- Basuco ☐ 4 ☐
- Heroína (hache o "H") ☐ 5 ☐
- Otra, ¿cuál? ☐ 6 ☐

Observaciones

5. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha experimentado o vivido las siguientes situaciones:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

	Nunca	Una vez	Dos veces	3 o más veces
a. Tener mal rendimiento en alguna evaluación o proyecto importante	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
b. Tener un accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
c. Tener algún problema con la policía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
d. Conducir un carro o motocicleta después de beber	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
e. Ir en un carro o en una moto conducido por alguien bajo los efectos del alcohol	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
f. Causarse heridas o lesiones a usted mismo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
g. Pensar seriamente en suicidarse	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
h. Participar en alguna discusión fuerte o pelea	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
i. Perder la memoria	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
j. Tener problemas familiares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

Observaciones

R. TRABAJO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (Aplique para quienes contestaron Trabajando en D2)

ENC LEA: A continuación le voy a hacer algunas preguntas en relación con su trabajo actual.

1. ¿Ha estado involucrado o ha tenido algún tipo de accidente o incidente laboral en los últimos 12 meses?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1 Continúe
No ☐ 2 Pase a 3
No contesta ☐ 9 Pase a 3

2. ¿En las 12 horas anteriores al incidente o accidente había consumido alcohol u otras sustancias psicoactivas?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No contesta ☐ 9

3. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días completos ha faltado al trabajo por enfermedad o accidente?

días

Si responde 00, pase a 5.

4. ¿Esta ausencia al trabajo se dió como consecuencia del consumo de alcohol o alguna otra sustancia psicoactiva?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe ☐ 9

5. ¿Me podría decir si en su trabajo actual hay algún reglamento especial que regule o controle el uso de alcohol o sustancias psicoactivas entre los trabajadores?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

ENC: Si la persona hace más de un trabajo, que conteste por el mismo trabajo por el cual respondió las preguntas 3 a 5 del capítulo D.

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No contesta ☐ 9

6. En su trabajo actual, ¿ha recibido usted algún tipo de información relacionada con la prevención del consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1
No ☐ 2

7. ¿Existe algún tipo de programa para ayudar a un trabajador que tiene algún problema relacionado con el consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas en su trabajo actual?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No sabe ☐ 9

8. En los últimos 12 meses ¿ha consumido usted algunas de las siguientes sustancias en el horario de trabajo?

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

	Sí	No	No aplica
a. Cigarrillo (Según E4)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. Alcohol (Según F4)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. Marihuana (Según K2)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
d. Cocaína (Según L2)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

9. ¿Usted considera que a raíz de su consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, ha disminuido su rendimiento en el trabajo?

(E: Espere respuesta, marque solo una opción)

Sí ☐ 1
No ☐ 2
No responde ☐ 9

Observaciones

Observaciones

S. CONSUMO Y EMBARAZO (Aplique solo a mujeres C4=2)

1. ¿Usted está o ha estado embarazada?

(E: Espere respuesta, marque sólo una opción)

Sí ☐ Continúe
No ☐ Pase a capítulo D2

2. alguna vez durante su embarazo actual o anterior consumió:

(ENC: Entregue Tarjeta 7 y espere respuesta)

	Sí		No
a. Cigarrillo o tabaco	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/> ↓
b. Bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/> ↓
c. Cocaína	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/> ↓
d. Marihuana	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/> ↓
e. Basuco	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/> ↓
f. Tranquilizantes no formulados	<input type="checkbox"/>	Continúe	<input type="checkbox"/>

Si todas las opciones son No, pase a capítulo D2.

3. Con qué frecuencia lo consumió durante el embarazo:

(E: Léale las opciones al encuestado, marque solo una para cada alternativa)

	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez durante el embarazo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

Observaciones

Observaciones

[illegible]



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión
Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística
2019