

CUESTIONARIO: DÉCIMO CUARTO ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL DE CHILE. Año 2020

## MÓDULO SALUD Y TABACO

**ST\_1)** Hablando de su salud, ¿Cómo calificaría Ud. su estado de salud, en general, durante los últimos 12 meses? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Muy malo
- 2.[ ] Malo
- 3.[ ] Regular
- 4.[ ] Bueno
- 5.[ ] Muy Bueno
- 6.[ ] Excelente
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**ST\_2)** ¿Ha fumado Ud. cigarrillos alguna vez en su vida? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. CE\_1 -MÓDULO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS.**

**ST\_3)** ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. fumó cigarrillos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[ ] Hace más de un año
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**ST\_4)** ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos por primera vez?

**(Encuestador: Aote 88 No sabe, 99 No contesta)**

**En años cumplidos**

**RANGO: 5 A EDAD\_KISH**

\_\_\_\_\_

**ST\_5)** ¿Cuándo fue la última vez que fumó cigarrillos?

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo**

**(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[ ] Hace más de un año
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativas 2, 3, 88 o 99 PASE A PREG. CE\_1 -MÓDULO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS.**

**ST\_6) Piense solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días ha fumado cigarrillos?**

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(Encuestador: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

Nº de días (de 1 a 30)

\_\_\_\_\_

**ST\_7) ¿Más o menos cuántos cigarrillos diarios ha fumado Ud. en estos últimos 30 días?**

***Si fuma irregularmente considere un día típico***

**(Encuestador: Anote 888 No sabe, 999 No contesta)**

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**RANGO: 0 A 999**

Nº de cigarrillos al día

\_\_\_\_\_

## MÓDULO CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

**CE\_1**) ¿Ud. conoce o ha escuchado hablar de los cigarrillos electrónicos? (**ENCUESTADOR: "e-cigarettes", vaporizadores o aparatos electrónicos que liberan vapor en vez de humo**)  
(Respuesta espontánea)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

*Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. OH\_1-MÓDULO ALCOHOL.*

**CE\_2**) ¿Ha usado Ud. cigarrillos electrónicos alguna vez en su vida? (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

*Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. OH\_1-MÓDULO ALCOHOL.*

**CE\_3**) ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. usó cigarrillos electrónicos? (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[ ] Hace más de un año
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**CE\_4**) ¿Cuándo fue la última vez que usó cigarrillos electrónicos?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

(Respuesta Espontánea)

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[ ] Hace más de un año

*Alternativas 2 o 3 PASE A CE\_6*

- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

*Alternativas 88 o 99 PASE A PREG. OH\_1 -MÓDULO ALCOHOL.*

**CE\_5**) Piense solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días ha usado cigarrillos electrónicos?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

(Encuestador: **Anote 88 No sabe, 99 No contesta**)

Nº de días (de 1 a 30)

\_\_\_\_\_

**CE\_6**) Respecto a la última vez que Ud. usó cigarrillos electrónicos, ¿sabía Ud. si el dispositivo contenía nicotina? (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 99.[ ] No contesta

**CE\_7**) ¿Tiene Ud. actualmente algún dispositivo de cigarrillo electrónico? (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO ALCOHOL

**OH\_1)** ¿Ha tomado Ud. alcohol alguna vez en su vida? (**ENCUESTADOR: cerveza / malta, chicha, vino/ champaña, o licores fuertes**) (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. MAR\_1 -MÓDULO MARIHUANA**

**OH\_2)** ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió alcohol en su vida? (**Respuesta Espontánea**)

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**OH\_3)** ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez alcohol? (No considere cuando le dieron a probar de niño)

(**Encuestador: Anote 88 No sabe, 99 No contesta**)

En años cumplidos

**RANGO: 5 A EDAD\_KISH**

\_\_\_\_\_

**OH\_4)** ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió alcohol?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

(**Respuesta espontánea**)

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año

**Alternativa 2 PASE A PREG. OH\_8**

- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**Alternativas 3, 88 o 99 PASE A PREG. MAR\_1 -MÓDULO MARIHUANA**

**OH\_5)** Pensando solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días del mes ha tomado algún tipo de alcohol?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

(**Encuestador: Anote 88 No sabe, 99 No contesta**)

Nº de días (de 1 a 30)

\_\_\_\_\_

**OH\_6)** Durante los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebida alcohólica tomó con más frecuencia? (**Respuesta espontánea, única**)

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

- 1.[  ] Cerveza
- 2.[  ] Vino, champaña u otros espumantes
- 3.[  ] Licores, destilados o combinados (**ENCUESTADOR: pisco, ron, whisky, vodka, aguardiente u otro**)
- 4.[  ] Otro
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**OH\_7)** Pensando en los últimos 30 días:

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**SI {SEXO ENCUESTADO} = 1. Hombre :** ¿Cuántas veces tomó 5 o más tragos en una sola ocasión? entendiendo que 5 tragos son:

- 5 latas de cerveza (**ENCUESTADOR: 1.600 ml de cerveza aprox.**)
- 5 copas de vino (**ENCUESTADOR: 700 ml de vino aprox.**)
- 5 combinados suaves o 3 combinados fuertes (**ENCUESTADOR: 200 ml de ron, pisco, vodka u otro licor aprox.**)

**SI {SEXO ENCUESTADO} = 2. Mujer:** ¿Cuántas veces tomó 4 o más tragos en una sola ocasión? entendiendo que 4 tragos son:

- 4 latas de cerveza (**ENCUESTADOR: 1.600 ml de cerveza aprox.**)
- 4 copas de vino (**ENCUESTADOR: 700 ml de vino aprox.**)
- 4 combinados suaves o un poco menos de 3 combinados fuertes (**ENCUESTADOR: 200 ml de ron, pisco, vodka u otro licor aprox.**)

(ENCUESTADOR: Por "ocasión" nos referimos a un mismo momento, por ejemplo, en un período de dos horas) (ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)

**RANGO: 0 A 99**

Nº de veces: \_\_\_\_

**OH\_8)** ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica? (**Respuesta espontánea**)

Nunca	1 vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
0	1	2	3	4

**OH\_9)** ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?

(**Respuesta espontánea**)

**ENCUESTADOR Leer:**

POR UN TRAGO SE ENTENDERÁ

*Una botella o lata individual de cerveza (ENCUESTADOR: 333 cc.)*

*Un vaso de vino (ENCUESTADOR: 140 cc.)*

*Un trago de licor solo o combinado (ENCUESTADOR: 40 cc., pisco, ron vodka, whisky)*

POR 6 TRAGOS SE ENTENDERÁ

*Una botella de vino (ENCUESTADOR: 750 cc.)*

POR 18 TRAGOS SE ENTENDERÁ

*Una botella de licor (ENCUESTADOR: 750 cc.)*

0 a 2 tragos	3 a 4 Tragos	5 a 6 tragos	7 a 9 tragos	10 o más tragos
0	1	2	3	4

**OH\_10)** ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión? (**ENCUESTADOR: LEER ESCALA**)

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_11)** Y con la misma escala... ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_12)** ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_13)** ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_14)** ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_15)** ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Todos o casi todos los días
0	1	2	3	4

**OH\_16)** ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herido debido a que usted había bebido alcohol? **(ENCUESTADOR: SI RESPONDE SÍ, SONDEAR) (Respuesta espontánea)**

No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año
0	2	4

**OH\_17)** ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? **(ENCUESTADOR: SI RESPONDE SÍ, SONDEAR) (Respuesta espontánea)**

No	Sí, pero no en el último año	Sí, en el último año
0	2	4

**OH\_18)** Pensando en los últimos 30 días, ¿ha comprado alcohol en alguno de los siguientes lugares?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(ENCUESTADOR: LEER ALTERNATIVAS) (Respuesta Múltiple)**

1. Bares, pubs o discotecas	
2. Restaurantes	
3. Botillerías/licorerías	
4. Supermercados	
5. Servicentros	
6. Otro lugar	
7. Ninguno de los anteriores	

**OH\_19)** Durante los últimos 30 días, ¿ha comprado alcohol en alguno de los siguientes lugares?  
*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*  
**(ENCUESTADOR: LEER ALTERNATIVAS) (Respuesta Múltiple)**

1. Ferias libres o mercados	
2. Fiestas particulares	
3. Locales "clandestinos"	
4. Delivery <b>(Encuestador: reparto o entrega)</b>	
5. Productores artesanales	
6. Otro lugar	
7. Ninguno de los anteriores	

**OH\_I.** Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses

**OH\_20)** ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del alcohol? **(Respuesta Espontánea)**  
**(ENCUESTADOR: 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)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**OH\_21)** ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de alcohol? **(Respuesta Espontánea)**  
**(ENCUESTADOR: Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**OH\_22)** ¿Ha hecho algo bajo los efectos del alcohol que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley? **(Respuesta Espontánea)**  
**(ENCUESTADOR: Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido).**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**OH\_23)** ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de alcohol? **(Respuesta Espontánea)**  
**(ENCUESTADOR: Por ejemplo: discusiones serias o violencia).**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO MARIHUANA

**MAR\_1**) ¿Ha probado Ud. marihuana alguna vez en su vida? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. PB\_1-MÓDULO PASTA BASE**

**MAR\_2**) ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió marihuana en su vida? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[ ] Hace más de un año
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_3**) ¿Qué edad tenía cuando probó marihuana por primera vez?  
**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

En años cumplidos

**RANGO: 5 A EDAD\_KISH**

\_\_\_\_\_

**MAR\_4**) ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió marihuana?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Durante los últimos 30 días
- 2.[ ] Hace más de un mes, pero menos de un año

**Alternativa 2 PASE A PREG. MAR\_7**

- 3.[ ] Hace más de un año
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativas 3, 88 o 99 PASE A PREG. PB\_1 - MÓDULO PASTA BASE**

**MAR\_5**) Pensando solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días del mes ha consumido marihuana?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

Nº de días (de 1 a 30) \_\_\_\_\_

**MAR\_6**) ¿Cuántos cigarros de marihuana consume Ud. al mes? Considere su consumo habitual

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(ENCUESTADOR: Anote 888 No sabe, 999 No contesta)**

**RANGO: 0 A 999**

Nº de cigarros \_\_\_\_\_



**MAR\_7)** ¿Qué tipo de marihuana consumió con mayor frecuencia? **(Respuesta única)**  
**(ENCUESTADOR: LEER ALTERNATIVAS)**

- 1.[ ] Marihuana prensada o "paraguaya"
- 2.[ ] Marihuana verde o yerba
- 3.[ ] Marihuana verde o yerba de "autocultivo"
- 4.[ ] Marihuana *skunk* o de alta potencia (marihuana "*cripy o creepy*")
- 5.[ ] Marihuana *skunk* o de alta potencia de "autocultivo"
- 88.[ ] No sabe **(No leer)**
- 99.[ ] No contesta **(No leer)**

**MAR\_I.** Para las siguientes preguntas piense en los últimos 12 meses

**MAR\_8)** Respecto a problemas como:

- \* Ansiedad, irritabilidad **(Encuestador: inquietud)**
- \* Estrés **(Encuestador: depresión)**
- \* Náuseas **(Encuestador: vómitos)**
- \* Problemas de concentración, fatiga o insomnio **(Encuestador: somnolencia/ debilidad)**
- \* Percepción de cosas inexistentes, **(Encuestador: sentir, ver u oír);**
- \* Taquicardia o temblores.

¿Ha consumido marihuana para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran?

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_9)** ¿Ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de marihuana?

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_10)** ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_11)** ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con marihuana ha consumido mayor cantidad que antes? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_12)** ¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en Ud. que antes? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_13)** ¿Ha consumido marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_14)** ¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que Ud. pensó? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_15)** ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_16)** ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir marihuana, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_17)** ¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_12.** Para las siguientes preguntas continúe pensando en los últimos 12 meses

**MAR\_18)** ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la marihuana?

**(ENCUESTADOR: 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.)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_19)** ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de marihuana?

**(ENCUESTADOR: Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_20)** ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la marihuana que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?

**(ENCUESTADOR: Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_21)** ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de marihuana?

**(ENCUESTADOR: Por ejemplo: discusiones serias o violencia)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**MAR\_22)** Piense en los últimos 12 meses, ¿Ha consumido marihuana por una vía distinta a la fumada? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Si
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativa 2, 88 o 99 PASE A PREG. PB\_1-MÓDULO PASTA BASE**

**MAR\_23)** Piense en los últimos 12 meses, ¿Ha consumido marihuana por alguna de las siguientes vías (cigarrillos, pitos, pipas o bongs)?

**(ENCUESTADOR: LEER ALTERNATIVAS, RESPUESTA MÚLTIPLE) RESPUESTA MÚLTIPLE**

- 1.[ ] Fumada en cigarrillos, pitos, pipas o bongs
- 2.[ ] Vaporizada en dispositivos electrónicos
- 3.[ ] En pomadas en base de aceite de cáñamo o en base a semillas de cannabis  
**(ENCUESTADOR: uso tópico)**
- 4.[ ] En pomadas de aceite en base a planta de cannabis **(ENCUESTADOR: uso tópico)**
- 5.[ ] Uso oral o sublingual de aceite de cáñamo o de semillas de cannabis
- 6.[ ] Uso oral o sublingual de aceite en base a planta de cannabis
- 7.[ ] Comestible elaborado a partir de semillas de cannabis **(ENCUESTADOR: queques, galletas, brownies u otros).**
- 8.[ ] Comestible elaborado a partir de plantas de cannabis **(ENCUESTADOR: queques, galletas, brownies u otros).**
- 9.[ ] Ingerida en infusiones en agua, té, leche o derivados lácteos
- 10.[ ] Otro, especifique\_\_\_\_\_ **[O]**
- 88.[ ] No sabe **(No leer)**
- 99.[ ] No contesta **(No leer)**

## MÓDULO PASTA BASE

**PB\_1)** ¿Ha probado Ud. pasta base alguna vez en su vida? **(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

*Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. COC\_1 - MÓDULO COCAÍNA*

**PB\_2)** ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió pasta base en su vida?  
**(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**PB\_3)** ¿Qué edad tenía cuando probó pasta base por primera vez?  
**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

En años cumplidos

**RANGO: 5 A EDAD\_KISH**

\_\_\_\_\_

**PB\_4)** ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió pasta base?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

*Alternativa 2 PASE A PREG. PB\_6*

*Alternativas 3, 88 o 99 PASE A PREG. COC\_1 - MÓDULO COCAÍNA*

**PB\_5)** Pensando solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días del mes ha consumido pasta base?

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

Nº de días (de 1 a 30) \_\_\_\_\_

**PB\_I.** PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

**PB\_6)** Respecto a problemas como:

- \* Ansiedad, irritabilidad **(Encuestador: inquietud)**
- \* Estrés **(Encuestador: depresión)**
- \* Náuseas **(Encuestador: vómitos)**
- \* Problemas de concentración, fatiga o insomnio **(Encuestador: somnolencia/ debilidad)**
- \* Percepción de cosas inexistentes, **(Encuestador: sentir, ver u oír);**
- \* Taquicardia o temblores.

¿Ha consumido pasta base para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran?

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**PB\_7)** ¿Ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de pasta base?

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_8)** ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar pasta base que no pudo resistir o pensar en nada más? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_9)** ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con pasta base ha consumido mayor cantidad que antes? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_10)** ¿Ha notado que la misma cantidad de pasta base tiene menos efecto en Ud. que antes? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_11)** ¿Ha consumido pasta base a pesar de que tenía la intención de no hacerlo? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_12)** ¿Ha terminado consumiendo pasta base en mayores cantidades de lo que Ud. pensó? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_13)** ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de pasta base? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_14)** ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir pasta base, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_15)** ¿Ha continuado consumiendo pasta base a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_12.** PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CONTINÚE PENSANDO EN LOS  
ÚLTIMOS 12 MESES

**PB\_16)** ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la pasta base?

**(ENCUESTADOR: 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).**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_17)** ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de pasta base?

**(ENCUESTADOR: Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_18)** ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la pasta base que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?

**(ENCUESTADOR: Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**PB\_19)** ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de pasta base?

**(ENCUESTADOR: Por ejemplo: discusiones serias o violencia)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO COCAÍNA

**COC\_1** ¿Ha probado Ud. cocaína alguna vez en su vida? **(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. TRANS\_1 – MÓDULO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA**

**COC\_2** ¿Cuándo fue la primera vez que Ud. consumió cocaína en su vida? **(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año
- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**COC\_3** ¿Qué edad tenía cuando probó cocaína por primera vez?  
**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

En años cumplidos

**RANGO: 5 A EDAD\_KISH**

\_\_\_\_\_

**COC\_4** ¿Cuándo fue la última vez que Ud. consumió cocaína?

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo**

**(Respuesta Espontánea)**

- 1.[  ] Durante los últimos 30 días
- 2.[  ] Hace más de un mes, pero menos de un año

**Alternativa 2 PASE A PREG. COC\_6**

- 3.[  ] Hace más de un año
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**Alternativas 3, 88 o 99 PASE A PREG. TRANS\_1 – MÓDULO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA**

**COC\_5** Pensando solamente en los últimos 30 días, ¿cuántos días del mes ha consumido cocaína?

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo**

**(ENCUESTADOR: Anote 88 No sabe, 99 No contesta)**

Nº de días (de 1 a 30) \_\_\_\_\_

COC\_I. PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PIENSE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

**COC\_6)** Respecto a problemas como:

\* Ansiedad, irritabilidad (**Encuestador: inquietud**)

\* Estrés (**Encuestador: depresión**)

\* Náuseas (**Encuestador: vómitos**)

\* Problemas de concentración, fatiga o insomnio (**Encuestador: somnolencia/ debilidad**)

\* Percepción de cosas inexistentes, (**Encuestador: sentir, ver u oír**);

\* Taquicardia o temblores.

¿Ha consumido cocaína para eliminar problemas como éstos o para evitar que se presentaran?

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta

**COC\_7)** ¿Ha presentado estos problemas cuando suspendía o disminuía el consumo de cocaína?

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta

**COC\_8)** ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar cocaína que no pudo resistir o pensar en nada más? (**Respuesta espontánea**)

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta

**COC\_9)** ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con cocaína ha consumido mayor cantidad que antes? (**Respuesta espontánea**)

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta

**COC\_10)** ¿Ha notado que la misma cantidad de cocaína tiene menos efecto en Ud. que antes? (**Respuesta espontánea**)

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta

**COC\_11)** ¿Ha consumido cocaína a pesar de que tenía la intención de no hacerlo? (**Respuesta espontánea**)

1.[ ] Sí

2.[ ] No

88.[ ] No sabe

99.[ ] No contesta



**COC\_12)** ¿Ha terminado consumiendo cocaína en mayores cantidades de lo que Ud. pensó? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**COC\_13)** ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de cocaína? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**COC\_14)** ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y consumir cocaína, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**COC\_15)** ¿Ha continuado consumiendo cocaína a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Si
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

COC\_12. PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, CONTINÚE PENSANDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

**COC\_16)** ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la cocaína?

**(ENCUESTADOR: 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).**

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**COC\_17)** ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de cocaína?

**(ENCUESTADOR: Como por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente).**

- 1.[  ] **Sí**
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**COC\_18)** ¿Ha hecho algo bajo los efectos de la cocaína que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley?

**(ENCUESTADOR: Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido)**

- 1.[  ] Sí
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**COC\_19)** ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de cocaína?

**(ENCUESTADOR Por ejemplo: discusiones serias o violencia)**

- 1.[  ] **Sí**
- 2.[  ] No
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

## MÓDULO TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA

**TRANS\_1)** ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes tranquilizantes sin receta médica alguna vez en su vida? **(ENCUESTADOR: Leer alternativas) (Respuesta múltiple)**

- 1.[  ] Alprazolam, Zotrán, Ativán o Adox
- 2.[  ] Valium o Diazepam
- 3.[  ] Clonazepam, Ravotril o Valpax
- 4.[  ] Lorazepam o Amparax
- 5.[  ] Clordiazepóxido
- 6.[  ] Bromazepam
- 7.[  ] Zopiclona, Zolpidem o Somno
- 8.[  ] Dormonid o Midazolam
- 9.[  ] Rohypnol, Flunitrazepam o Ipnopen
- 10.[  ] Ninguna de las anteriores

**TRANS\_1: Alternativa j PASE A PREG. ANALG\_1 - MÓDULO ANALGÉSICOS SIN RECETA MÉDICA**

**TRANS\_2)** ¿Cuándo fue la última vez que consumió sin receta médica...? **(Respuesta espontánea)**

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo*

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LOS MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Alprazolam, Zotrán, Ativán o Adox					
2. Valium o Diazepam					
3. Clonazepam, Ravotril o Valpax					
4. Lorazepam o Amparax					
5. Clordiazepóxido					
6. Bromazepam					
7. Zopiclona, Zolpidem o Somno					
8. Dormonid o Midazolam					
9. Rohypnol, Flunitrazepam o Ipnopen					

**TRANS\_2: Si declara 1 o 2 en al menos una droga, PASE A TRANS\_3.**

**Si declara 3, 88 ó 99 en TODAS las drogas, PASE A ANALG\_1**

**TRANS\_3.** Piense en la última vez que Ud. consumió tranquilizantes sin receta médica, ¿cómo lo consiguió? **(Respuesta espontánea, única)**

- 1.[  ] Lo compré en una farmacia con una receta médica de otra persona
- 2.[  ] Lo compré en una feria libre o mercado
- 3.[  ] Lo compré por internet
- 4.[  ] Me lo pasó mi conviviente/pareja, un familiar y/o amigo/a
- 5.[  ] Me lo pasaron en el consultorio
- 6.[  ] Estaba en mi casa y lo tomé
- 7.[  ] Lo conseguí de otra forma
- 88.[  ] No sabe
- 99.[  ] No contesta

**TRANS\_4)** Piense en la última vez que Ud. consumió tranquilizantes sin receta médica, ¿por qué consumió estos fármacos?

**(ENCUESTADOR: nombre razón principal) (Respuesta espontánea, única)**

- 1.[ ] Para inducir el sueño, problemas de insomnio
- 2.[ ] Para relajarme, bajar la ansiedad
- 3.[ ] Porque me he sentido triste o deprimido/a
- 4.[ ] Para hacer frente a estados de tensión y/o estrés
- 5.[ ] Para enfrentar momentos difíciles o situaciones de tensión
- 6.[ ] Para disminuir efectos secundarios de otro medicamento (me lo tomé para contrarrestar sus efectos)
- 7.[ ] Para probar o experimentar
- 8.[ ] Otra razón \_\_\_\_\_ [O]
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO ANALGÉSICOS SIN RECETA MÉDICA

**ANALG\_1)** ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes analgésicos sin receta médica alguna vez en su vida? (**ENCUESTADOR: Leer alternativas**) (**Respuesta múltiple**)

1.  Tramal o Tramadol
2.  Codeína
3.  Morfina
4.  Metadona
5.  Petidina
6.  Fentanilo
7.  OxyContin
8.  Vicodin
9.  Ninguna de las anteriores

### ANALG\_1: Alternativa i PASE A PREG. OD\_1 - MÓDULO OTRAS DROGAS

**ANALG\_2)** ¿Cuándo fue la última vez que consumió sin receta médica...?

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR:** No considere Celebraciones de Año nuevo (**Respuesta espontánea**)

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LOS MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS SIN RECETA MÉDICA QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Tramal o Tramadol					
2. Codeína					
3. Morfina					
4. Metadona					
5. Petidina					
6. Fentanilo					
7. OxyContin					
8. Vicodin					

**ANALG\_2: Si declara 1 o 2 en al menos una droga, PASE A ANALG\_3.**

**Si declara 3, 88 ó 99 en TODAS las drogas, PASE A OD\_1**

**ANALG\_3)** Piense en la última vez que Ud. consumió analgésicos sin receta médica, ¿cómo lo consiguió? (**Respuesta espontánea, única**)

1.  Lo compré en una farmacia con una receta médica de otra persona
2.  Lo compré en una feria libre o mercado
3.  Lo compré por internet
4.  Me lo pasó mi conviviente/pareja, un familiar y/o amigo/a
5.  Me lo pasaron en el consultorio
6.  Estaba en mi casa y lo tomé
7.  Lo conseguí de otra forma
88.  No sabe
99.  No contesta

**ANALG\_4)** Piense en la última vez que Ud. consumió analgésicos sin receta médica, ¿por qué consumió estos fármacos?

**(ENCUESTADOR: nombre razón principal) (Respuesta espontánea, única)**

- 1.[ ] Para inducir el sueño, problemas de insomnio, relajarme o bajar la ansiedad
- 2.[ ] Porque me he sentido triste o deprimido/a
- 3.[ ] Para manejo de dolor agudo por una lesión muscular, articular y/o dental
- 4.[ ] Para manejo de dolor persistente por enfermedad crónica (p. ej., cáncer, artritis, etc)
- 5.[ ] Para enfrentar momentos difíciles o situaciones de tensión y/o estrés
- 6.[ ] Para disminuir efectos secundarios de otro medicamento (me lo tomé para contrarrestar sus efectos)
- 7.[ ] Para probar o experimentar
- 8.[ ] Otra razón\_\_\_\_\_ [O]
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO OTRAS DROGAS

**OD\_1)** ¿Ha probado Ud. alguna de las siguientes drogas alguna vez en su vida? **(Respuesta múltiple) (ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1. [ ] Hachís
- 2. [ ] Marihuana sintética o cannabinoides sintéticos **(ENCUESTADOR: Spice, K2)**
- 3. [ ] Éxtasis o MDMA
- 4. [ ] Mefedrona, Metilona o Sales de baño **(ENCUESTADOR: catinonas sintéticas o MDPV)**
- 5. [ ] Heroína
- 6. [ ] DMT o Foxy **(ENCUESTADOR: triptaminas o acetilpsilocina)**
- 7. [ ] Crack
- 8. [ ] Ninguna de las anteriores

*Alternativa h PASE A PREG. OD\_3*

**OD\_2)** ¿Cuándo fue la última vez que consumió ...? *SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo* **(Respuesta espontánea)**

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS DROGAS QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Hachís					
2. Marihuana sintética o cannabinoides sintéticos (ENCUESTADOR: Spice, K2)					
3. Éxtasis o MDMA					
4. Mefedrona, Metilona o Sales de baño (ENCUESTADOR: catinonas sintéticas o MDPV)					
5. Heroína					
6. DMT o Foxy (ENCUESTADOR: triptaminas o acetilpsilocina)					
7. Crack					

**OD\_3) ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes medicamentos estimulantes sin receta médica alguna vez en su vida? (Respuesta múltiple) (ENCUESTADOR: leer alternativas)**

1.  Anfetaminas
2.  Cidrín
3.  Modafinilo o Mentix
4.  Metilfenidato como Ritalin o Aradix (**ENCUESTADOR: Concerta o Ritrocel**)
5.  Escancil
6.  Pemolina (Encustador: Cylert)
7.  Anfepramona o Fenproporex (**ENCUESTADOR: Salcal**)
8.  Ninguna de las anteriores

**Alternativa h PASE A PREG. OD\_5**

**OD\_4) ¿Cuándo fue la última vez que consumió sin receta médica ...? (Respuesta espontánea) SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LOS MEDICAMENTOS ESTIMULANTES QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Anfetaminas					
2. Cidrín					
3. Modafinilo o Mentix					
4. Metilfenidato como Ritalin o Aradix (ENCUESTADOR: Concerta o Ritrocel)					
5. Escancil					
6. Pemolina (Encustador: Cylert)					
7. Anfepramona o Fenproporex (ENCUESTADOR: Salcal)					

**OD\_5) ¿Ha probado Ud. alguna de las siguientes metanfetaminas alguna vez en su vida?**

**(Respuesta múltiple) (ENCUESTADOR: leer alternativas)**

1.  Meth, Crystal o Speed (**ENCUESTADOR: Hielo, Ice o Glass**).
2.  Cristina, Anteta o Crack Mexicano (**ENCUESTADOR: Polvo amarillo, Batú, Cris, Tina, Ya-Ba**)
3.  Ninguna de las anteriores

**Alternativa c PASE A PREG. OD\_7**

**OD\_6) ¿Cuándo fue la última vez que consumió ...? (Respuesta espontánea)**

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo**

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS METANFETAMINAS QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Meth, Crystal o Speed (ENCUESTADOR: Hielo, Ice o Glass).					
2. Cristina, Anteta o Crack Mexicano (ENCUESTADOR: Polvo amarillo, Batú, Cris, Tina, Ya-Ba)					



**OD\_7) ¿Ha probado Ud. alguna de las siguientes sustancias inhalables alguna vez en su vida? (Respuesta múltiple) (ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1.[ ] Neoprén
- 2.[ ] Bencina o parafina
- 3.[ ] Tolueno
- 4.[ ] Desodorantes ambientales o corporales
- 5.[ ] Pinturas en spray
- 6.[ ] Acetona
- 7.[ ] Éter u otros solventes volátiles **(ENCUESTADOR: como los usados en pinturas)**
- 8.[ ] Poppers
- 9.[ ] Solventes para extintores de incendios
- 10.[ ] Cloruro de etilo
- 11.[ ] Ninguna de las anteriores

*Alternativa k PASE A PREG. OD\_9*

**OD\_8) ¿Cuándo fue la última vez que consumió ...? SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo (Respuesta espontánea) SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS SUSTANCIAS INHALABLES QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Neoprén					
2. Bencina o parafina					
3. Tolueno					
4. Desodorantes ambientales o corporales					
5. Pinturas en spray					
6. f. Acetona					
7. Éter u otros solventes volátiles (Encuestador: como los usados en pinturas)					
8. Poppers					
9. Solventes para extintores de incendios					
10. Cloruro de etilo					

**OD\_9)** ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes alucinógenos alguna vez en su vida?

**Respuesta múltiple.**

**(ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1.[ ] LSD, tripi, sello u otros ácidos
- 2.[ ] Polvo de ángel
- 3.[ ] 25B-NBOMe o 25C-NBOMe
- 4.[ ] 2-CB o Tusi
- 5.[ ] Peyote, San Pedro
- 6.[ ] Floripondio
- 7.[ ] Hongos o Cucumelo
- 8.[ ] Mescalina
- 9.[ ] Belladona
- 10.[ ] Ayahuasca
- 11.[ ] Ninguna de las anteriores

**Alternativa k PASE A PREG. OD\_11**

**OD\_10) ¿Cuándo fue la última vez que consumió ...? SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021,**

**MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo (Respuesta espontánea)**

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LOS ALUCINÓGENOS QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. LSD, tripi, sello u otros ácidos					
2. Polvo de ángel					
3. 25B-NBOMe o 25C-NBOMe					
4. 2-CB o Tusi					
5. Peyote, San Pedro					
6. Floripondio					
7. Hongos o Cucumelo					
8. Mescalina					
9. Belladona					
10. Ayahuasca					

**OD\_11)** ¿Ha probado Ud. alguno de los siguientes medicamentos sin receta médica alguna vez en su vida?

**Respuesta múltiple.**

**(ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1.  Fluoxetina **(ENCUESTADOR: Pragmaten o Sostac)**
- 2.  Codetol, Tosilab o Flemex **(ENCUESTADOR: Tusigen, Sedopec)**
- 3.  Clormezanona
- 4.  Sedantol
- 5.  Dietilpropión o Fentermina **(ENCUESTADOR: Elvenir o Sentis)**
- 6.  Ninguna de las anteriores

**Alternativa f PASE A PREG. OD\_13**

**OD\_12)** ¿Cuándo fue la última vez que consumió sin receta médica ...?

**SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo (Respuesta espontánea)**

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA QUE HA PROBADO**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Fluoxetina (Encuestador: Pragmaten o Sostac)					
2. Codetol, Tosilab o Flemex (Encuestador: Tusigen, Sedopec)					
3. Clormezanona					
4. Sedantol					
5. Dietilpropión o Fentermina (Encuestador: Elvenir o Sentis)					

**OD\_13)** ¿Ha probado Ud. alguna de las siguientes sustancias alguna vez en su vida?

**Respuesta múltiple. (ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1.[ ] Bebidas Energéticas **(ENCUESTADOR: Battery, Red Bull, Dark Dog, etc.)**
- 2.[ ] Bebida Energética combinada con Alcohol
- 3.[ ] Sibutramina
- 4.[ ] Tonaril sin receta médica **(ENCUESTADOR: Trihexifenidilo)**
- 5.[ ] Anabólicos
- 6.[ ] Esteroides
- 7.[ ] Ketamina **(ENCUESTADOR: "el key", vitamina K o CK)**
- 8.[ ] GHB o GLB
- 9.[ ] PCP **(ENCUESTADOR: Fenciclidina)**
- 10.[ ] BZP **(ENCUESTADOR: Benzilpiperazina)**
- 11.[ ] GBL **(ENCUESTADOR: Gammabutirolactona)**
- 12.[ ] Ninguna de las anteriores

**Alternativa I PASE A PREG. OD\_15**

**OD\_14)** ¿Cuándo fue la última vez que consumió ...? *SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021,*

*MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo (Respuesta espontánea)*

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS SUSTANCIAS QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1. Bebidas Energéticas (Encuestador: Battery, Red Bull, Dark Dog, etc.)					
2. Bebida Energética combinada con Alcohol					
3. Sibutramina					
4. Tonaril sin receta médica (Encuestador: Trihexifenidilo)					
5. Anabólicos					
6. Esteroides					
7. Ketamina (Encuestador: "el key", vitamina K o CK)					
8. GHB o GLB					
9. PCP (Encuestador: Fenciclidina)					
10. BZP (Encuestador: Benzilpiperazina)					
11. GBL (Encuestador: Gammabutirolactona)					

**OD\_15) ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna droga o sustancia? ¿Cuál/es? (Respuesta múltiple, espontánea) (ENCUESTADOR: Anote la droga en el espacio)(PREGUNTA ABIERTA)**

- 1.
- 2.
- 3.
4. Ninguna

*Alternativa d PASE A PREG CC\_1 MODULO CONSUMO Y CONDUCCION*

**OD\_16) ¿Cuándo fue la última vez que se inyectó esa droga o sustancia?**

*SI FECHA ES >= A 01/01/2021 Y <= 31/01/2021, MOSTRAR: No considere Celebraciones de Año nuevo (Respuesta espontánea)*

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS DROGAS INYECTADAS QUE HA PROBADO.**

	1. Durante los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	88. No sabe	99. No contesta
1.					
2.					
3.					

## MÓDULO CONSUMO Y CONDUCCIÓN

RESPONDEN SÓLO PERSONAS DE 17 AÑOS O MÁS

**CC\_1)** ¿Tiene licencia de conducir? (**Respuesta espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**Alternativas 2, 88 o 99 PASE A PREG. VIO\_1 – MÓDULO VIOLENCIA EN LA PAREJA**

**CC\_2)** Durante los últimos 12 meses, ¿ha manejado algún vehículo después de haber consumido alcohol (independiente de la cantidad consumida)? (**Respuesta espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**CC\_3)** Durante los últimos 12 meses, ¿ha manejado algún vehículo después de haber consumido marihuana? (**Respuesta espontánea**)

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**CC\_4)** Durante los últimos 12 meses, ¿ha manejado algún vehículo después de haber consumido otra droga sea lícita o ilícita (como cocaína, éxtasis, tranquilizantes, estimulantes u otra)? (**Respuesta espontánea**)

- 1.[ ] Sí, especifique droga \_\_\_\_\_ **[O]**
- 2.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

## MÓDULO VIOLENCIA EN LA PAREJA

**VIO\_1** ¿Tiene usted pareja actualmente?

1.  Sí  
2.  No

*Alternativa 2 PASE A SG\_1 MÓDULO SALUD GENERAL*

**VIO\_2** ¿Alguna vez su pareja actual... **(Respuesta espontánea)**

	1. Si	2. No	88. No sabe	99. No contesta
1. le ha gritado, insultado o humillado?				
2. controla o ha controlado la mayor parte de sus actividades?				
3. le ha amenazado con pegarle?				
4. le ha amenazado con matarlo(a)?				
5. le ha empujado, arrinconado o tirado el pelo?				
6. le ha golpeado?				
7. le ha tirado cosas que pudiera herirla(lo)?				
8. no le ha permitido manejar dinero?				
9. se ha negado alguna vez a darle dinero para los gastos del hogar, aun cuando el/ella tiene dinero para otras cosas?				
10. no le ha permitido tomar decisiones respecto de los gastos de la casa, el/ella define en qué se gasta el dinero sin considerar su opinión?				

**VIO\_3** ¿Usted considera que su pareja tiene problemas con el consumo de...?:

**(ENCUESTADOR: Por ejemplo: Si ha dejado de cumplir deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia, si ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente, si ha hecho algo bajo los efectos de la sustancia que pudiera causarle problemas con la autoridad pública, si ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo)**

**(ENCUESTADOR: leer alternativas, respuesta única)**

1.  Alcohol  
2.  Drogas como marihuana, cocaína, pasta base u otra droga ilícita  
3.  Alcohol y otras drogas  
4.  No tiene problemas de consumo

## MÓDULO SALUD GENERAL

**SG\_1)** Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias y/o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

Para las preguntas siguientes piense en las últimas semanas

	Más que lo habitual [0]	Igual que lo habitual [1]	Menos que lo habitual [2]	Mucho menos que lo habitual [3]
1. b. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? <b>(ENCUESTADOR: LEER ESCALA)</b>				
Y, Utilizando la misma escala,				
2. c. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
3. d. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
4. g. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?				
5. h. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				

	No, en absoluto [0]	No más que lo habitual [1]	Bastante más que lo habitual [2]	Mucho más [3]
6. e. Y, ¿Se ha sentido constantemente agobiado/a o en tensión? <b>(ENCUESTADOR: LEER ESCALA)</b>				
Y, Utilizando la misma escala,				
7. f. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?				
8. i. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?				
9. j. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?				
10. k. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				

11. a. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace? <b>(ENCUESTADOR: LEER ESCALA)</b>	Mejor que lo habitual [0]	Igual que lo habitual [1]	Menos que lo habitual [2]	Mucho menos que lo habitual [3]
---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------------

12. l. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? <b>(ENCUESTADOR: LEER ESCALA)</b>	Más feliz que lo habitual [0]	Aproximadamente lo mismo que lo habitual [1]	Menos feliz que lo habitual [2]	Mucho menos que lo habitual [3]
---	-------------------------------	--	---------------------------------	---------------------------------



## MÓDULO COVID-19

**COVID\_1)** Durante los últimos 6 meses, ¿Ha estado en alguna de las siguientes situaciones como consecuencia de la emergencia sanitaria originada por el COVID-19?

**(ENCUESTADOR: leer alternativas) (Respuesta múltiple)**

1. a. Trabaja / estudia desde casa
2. b. Niños que estudian en casa / mantener a los niños de preescolar, básica o media en casa fuera del jardín o colegio
3. c. Permanecer aislado/a en su vivienda debido a pertenecer población de riesgo a COVID-19
4. d. Permanecer aislado/a en su vivienda debido a la vulnerabilidad de algún miembro de su vivienda al COVID-19
5. e. Cuarentena obligatoria
6. f. Ingresado/a en hospital o clínica
7. g. Salió de su vivienda para trabajar o a buscar trabajo
8. h. Otra, especifique \_\_\_\_\_ [O]
9. i. Ninguna

**Alternativa i PASE A PREG TRATA\_1**

**COVID\_2)** Respecto de aquellas situaciones mencionadas que ha estado como consecuencia de la emergencia originada por el COVID-19, ¿Podría indicarme cuanto tiempo duró aproximadamente esa situación?

**(ENCUESTADOR: Si hubo interrupciones, por favor sume el tiempo que duró dicha situación en los últimos seis meses y marque la alternativa que más se aproxime a su realidad.) (ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

**SE RESPONDE SÓLO RESPECTO DE LAS SITUACIONES QUE HA VIVIDO.**

	1. Unos pocos días	2. Una a dos semanas	3. Tres a cuatro semanas	4. Uno a dos meses	5. Tres a cuatro meses	6. Cinco a seis meses
1. a. Trabaja / estudia desde casa						
2. b. Niños que estudian en casa / mantener a los niños de preescolar, básica o media en casa fuera del jardín o colegio						
3. c. Permanecer aislado/a en su vivienda debido a pertenecer población de riesgo a COVID-19						
4. d. Permanecer aislado/a en su vivienda debido a la vulnerabilidad de algún miembro de su vivienda al COVID-19						
5. e. Cuarentena obligatoria						
6. f. Ingresado/a en hospital o clínica						
7. g. Salió de su vivienda para trabajar o a buscar trabajo						
8. h. Otra, especifique _____ [O]						

## MÓDULO TRATAMIENTO

RESPONDEN TODAS LAS PERSONAS

**TRATA\_1)** ¿Ha recibido Ud. alguna vez en su vida algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol u otras drogas? *No incluya tratamientos para dejar de fumar*

**(Respuesta espontánea)**

- 1.  Sí
- 2.  No

*Alternativa 2 PASE A PREG. TRATA\_4*

**TRATA\_2)** ¿Durante los últimos 12 meses ha recibido Ud. algún tipo de tratamiento por el consumo de alcohol u otras drogas? *No incluya tratamientos para dejar de fumar*

**(Respuesta espontánea)**

- 1.  Sí
- 2.  No

*Alternativa 2 PASE A PREG. TRATA\_4*

**TRATA\_3)** ¿Este tratamiento que Ud. recibió durante los últimos 12 meses fue sólo por consumo de alcohol, sólo por consumo de drogas o por consumo de alcohol y otras drogas? **(Respuesta espontánea)**

- 1.  Sólo por consumo de alcohol
- 2.  Sólo por consumo de drogas
- 3.  Por consumo de alcohol y otras drogas

*Alternativas 1, 2 ó 3 PASE A PREG. PR\_1 - MÓDULO PERCEPCIÓN DE RIESGO*

**TRATA\_4)** Durante los últimos 12 meses, ¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y/u otras drogas? **(Respuesta espontánea)**

**(ENCUESTADOR: Si responde sí, sondear)**

- 1.  Sí, sólo por consumo de alcohol
- 2.  Sí, sólo por consumo de drogas
- 3.  Sí, por consumo de alcohol y otras drogas
- 4.  No

*Alternativa 4 PASE A PREG. PR\_1 - MÓDULO PERCEPCIÓN DE RIESGO*

**TRATA\_5)** Durante los últimos 12 meses, ¿Ha intentado obtener algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y/u otras drogas? **(ENCUESTADOR: Si responde sí, sondear)**

- 1.  Sí, sólo por consumo de alcohol
- 2.  Sí, sólo por consumo de drogas
- 3.  Sí, por consumo de alcohol y otras drogas
- 4.  No

*Alternativas 1, 2, 3 o 4 pase PR\_1 - MÓDULO PERCEPCIÓN DE RIESGO*

## MÓDULO PERCEPCIÓN DE RIESGO

**PR\_1) ¿Cuál cree Ud. que es el riesgo que corre una persona que hace alguna de estas cosas?  
(ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

	1. Ningún riesgo	2. Riesgo leve	3. Riesgo moderado	4. Riesgo grande	88. No sabe (No leer)
1. a. Fuma una o más de una cajetilla de cigarrillos al día					
2. b. Toma tres o más tragos por ocasión					
3. c. Toma cinco o más tragos diariamente					
4. d. Prueba marihuana una o dos veces (uso experimental)					
5. e. Fuma marihuana frecuentemente					
6. f. Prueba cocaína una o dos veces (uso experimental)					
7. g. Usa cocaína frecuentemente					
8. h. Prueba pasta base una o dos veces (uso experimental)					
9. i. Usa pasta base frecuentemente					
10. j. Prueba éxtasis una o dos veces (uso experimental)					
11. k. Usa éxtasis frecuentemente					

## MÓDULO ENTORNO Y BARRIO

**EB\_1)** Hasta donde Ud. sabe, ¿alguien en su casa, distinto de usted, ha tenido problemas con el consumo de alcohol y/u otras drogas durante los últimos 12 meses? **(Respuesta espontánea)**

**(ENCUESTADOR: Si responde sí, SONDEAR)**

**(ENCUESTADOR: Por ejemplo: Si ha dejado de cumplir deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia, si ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente, si ha hecho algo bajo los efectos de la sustancia que pudiera causarle problemas con la autoridad pública, si ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo)**

- 1.[ ] Sí, sólo por consumo de alcohol
- 2.[ ] Sí, sólo por consumo de drogas
- 3.[ ] Sí, por consumo de alcohol y drogas
- 4.[ ] No
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**EB\_2)** En su casa, y hasta donde Ud. conoce, ¿alguien usa o consume alguna de estas drogas? Si Ud. lo hace no se considere.

**(Respuesta espontánea)**

	1. Sí	2. No	88. No sabe	99. No contesta
1. a. Marihuana				
2. b. Pasta base				
3. c. Cocaína				

**EB\_3)** Hasta donde Ud. conoce, ¿cuánto hay de las siguientes cosas en su barrio?

	1. Mucho	2. Bastante	3. Algo	4. Poco	5. Nada	88. No sabe <b>(No leer)</b>	99. No contesta <b>(No leer)</b>
1. Tráfico de drogas							
2. Robos en las casas							
3. Rayado en las paredes, daños al alumbrado o cosas parecidas							
4. Consumo de drogas ilícitas en lugares públicos como en la calle o plazas							
5. Asaltos o robos en las calles							
6. Jóvenes parados no haciendo nada en las esquinas							
7. Balaceras y acciones violentas con armas de fuego							
8. Venta clandestina de alcohol							

**(ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

**EB\_4) ¿Cuán difícil le sería a Ud. conseguir alguna de las siguientes drogas? (ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

	1. Le sería muy fácil	2. Le sería fácil	3. Le sería difícil	4. Le sería muy difícil	5. No podría conseguir	88. No sabe (No leer)	99. No contesta (No leer)
1. Marihuana							
2. Cocaína							
3. Pasta base							
4. Éxtasis							

**EB\_5) ¿Y cuándo fue la última vez que una persona, conocida o desconocida, le ofreció alguna de las siguientes drogas? (Respuesta espontánea)**

	1. En los últimos 30 días	2. Hace más de un mes, pero menos de un año	3. Hace más de un año	0. Nunca me han ofrecido Pregunte por cada droga.  <i>CUANDO EL ENTREVISTADO DECLARE 0, PASE A LA SIGUIENTE DROGA. SI DECLARA NUNCA PARA TODAS, PASE A PREG. OP_1-MÓDULO OPINIÓN PÚBLICA</i>
1. Marihuana				
2. Cocaína				
3. Pasta base				
4. Éxtasis				

**EB\_6) La última vez que le ofrecieron, ¿en qué lugar se la ofrecieron? (Respuesta espontánea, única,) (ENCUESTADOR: Sondar, leer drogas)**

	1. En la casa	2. En los alrededores de la casa, barrio o comuna	3. En lugar de estudios o trabajo	4. En alrededores lugar de estudios o trabajo	5. En una fiesta, junta, discoteca, recitales	6. Por internet, mail o chat	7. En otro lugar
1. Marihuana							
2. Cocaína							
3. Pasta base							
4. Éxtasis							

## MÓDULO OPINIÓN PÚBLICA

**OP\_1)** Respecto al tema drogas, ¿Cuán de acuerdo estás con las siguientes frases?  
**(ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

	1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Muy en desacuerdo	88. No sabe <b>(No leer)</b>	99. No contesta <b>(No leer)</b>
1. La mayoría de los jóvenes fuma marihuana						
2. La marihuana produce menos daño que el alcohol						
3. El consumo y el tráfico de drogas es el principal responsable de la delincuencia en este país						
4. La marihuana debería ser legal para los mayores de 18 años						
5. Las drogas han hecho más violentos a los delincuentes						
6. Se debería dejar tranquilos a los que consumen drogas: después de todo es asunto de cada cual hacerlo o no						

**OP\_2)** Pensando ahora en drogas como marihuana, cocaína o pasta base ¿Cuán de acuerdo está Ud. con las siguientes medidas? **(ENCUESTADOR: leer escala sólo para la primera afirmación)**

	1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. En desacuerdo	4. Muy en desacuerdo	88. No sabe <b>(No leer)</b>	99. No contesta <b>(No leer)</b>
1. Suspender el juicio de quienes han delinquido por primera vez a cambio de que ingresen a un programa de tratamiento						
2. Dar la misma pena a quienes trafican con marihuana que los que trafican con cocaína o pasta base						
3. Permitir el uso de marihuana para fines terapéuticos						
4. Autorizar que se registre a los alumnos/as a la entrada de sus colegios para averiguar si portan alguna droga						
5. Penalizar el porte y consumo de marihuana aunque sea en pequeñas cantidades y para uso personal						

## MÓDULO TRABAJO

**CO\_1) La semana pasada, ¿trabajó al menos una hora, sin considerar los quehaceres del hogar?**

**(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Sí
- 2. [ ] No

**Alternativa 1 PASE A PREG. CO\_6**

**CO\_2) Aunque no trabajó la semana pasada, ¿realizó alguna actividad por lo menos durante una hora? (Respuesta espontánea)**

**(ENCUESTADOR: ...por un salario o remuneración?**

**...en su empresa o negocio?**

**...para la empresa o negocio de un familiar (con o sin remuneración)?**

**...por pago en especies?**

**...como aprendiz o realizando una práctica?**

**...de venta, sin incluir bienes del hogar?**

**...agrícola, minera o artesanal para la venta?)**

- 1. [ ] Sí
- 2. [ ] No

**Alternativa 1 PASE A PREG. CO\_6**

**CO\_3) Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tenía empleo del cual estuvo ausente temporalmente por licencia, huelga, enfermedad, vacaciones, suspensión temporal u otra razón?**

**(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Sí
- 2. [ ] No

**Alternativa 1 PASE A PREG. CO\_6**

**CO\_4) ¿Buscó trabajo remunerado o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia (negocio o empresa) en las últimas cuatro semanas? (Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Sí
- 2. [ ] No

**Alternativa 1 PASE A PREG. CO\_6**

**CO\_5) ¿Cuál es la razón por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas? (Respuesta espontánea) (ENCUESTADOR: No lea las alternativas, registre la razón que el entrevistado considera más importante. Anote SÓLO 1 de las razones)**

**Posibilidad de empezar a trabajar pronto**

- 1. [ ] Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará una actividad por cuenta propia
- 2. [ ] Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas

**Limitaciones de condiciones familiares o personales**

- 3. [ ] No tiene con quien dejar a los niños
- 4. [ ] No tiene con quien dejar a adultos mayores
- 5. [ ] No tiene con quien dejar a otro familiar
- 6. [ ] Está enfermo o tiene una discapacidad
- 7. [ ] Percepción de limitaciones personales
- 8. [ ] Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)

**Condiciones laborales no se adecuan a expectativas**

- 9. [ ] Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
- 10. [ ] Ofrecen sueldos muy bajos

**Tiene otra actividad o renta**

- 11. [ ] Quehaceres del hogar
- 12. [ ] Estudiante
- 13. [ ] Jubilado(a), pensionado(a) o montepiada
- 14. [ ] Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas transferencias del Estado, etc.)

**Otros**

- 15. [ ] Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible
- 16. [ ] Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico
- 17. [ ] No tiene interés en trabajar
- 18. [ ] Otra razón

**PASE A PREG. DP\_1 – MÓDULO DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO**

**CO\_6) En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como? (ENCUESTADOR: leer alternativas) (Respuesta única)**

- 1. [ ] Patrón o empleador/a
- 2. [ ] Trabajador/a por cuenta propia
- 3. [ ] Empleado/a u obrero/a del sector público (Gobierno Central o Municipal)
- 4. [ ] Empleado/a u obrero/a de empresas públicas
- 5. [ ] Empleado/a u obrero/a del sector privado
- 6. [ ] Servicio doméstico puertas adentro
- 7. [ ] Servicio doméstico puertas afuera
- 8. [ ] FF.AA. y del Orden
- 9. [ ] Familiar no remunerado



## MÓDULO DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO

**DP\_1)** ¿Cuántas personas viven en este hogar? Un hogar está compuesto por una o más personas que unidas o no por un vínculo de parentesco, residen en una misma vivienda o parte de ella y se benefician de un mismo presupuesto, principalmente para alimentación.

**(ENCUESTADOR: Anote 99 No contesta)**

**RANGO: 1 A 99.**

\_\_\_\_\_ personas

**DP\_2)** ¿Cuál es su estado civil actual (legal)? **(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Soltero/a
- 2. [ ] Casado/a
- 3. [ ] Divorciado/a
- 4. [ ] Viudo/a
- 5. [ ] Anulado/a
- 6. [ ] Conviviente civil

**DP\_3)** ¿Actualmente cuál es su estado de hecho? **(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Casado/a vive con su esposo/a
- 2. [ ] Conviviente o pareja de distinto sexo
- 3. [ ] Conviviente o pareja del mismo sexo
- 4. [ ] No convive con pareja

**DP\_4)** En Chile, la ley reconoce nueve pueblos indígenas (originarios), ¿pertenece usted o es descendiente de alguno de ellos? **(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Aymara
- 2. [ ] Rapa Nui
- 3. [ ] Quechua
- 4. [ ] Mapuche
- 5. [ ] Atacameño (Likán Antai)
- 6. [ ] Colla
- 7. [ ] Kawésqar (Alacalufes)
- 8. [ ] Yagán (Yámana)
- 9. [ ] Diaguita
- 10. [ ] No pertenece a ningún pueblo indígena

**DP\_5)** ¿Cuál es su religión o credo? **(Respuesta espontánea)**

- 1. [ ] Católica
- 2. [ ] Evangélica o Protestante
- 3. [ ] Judía
- 4. [ ] Musulmana
- 5. [ ] Mormón
- 6. [ ] Ortodoxa
- 7. [ ] Budista
- 8. [ ] Fe Bahá'í
- 9. [ ] Testigo de Jehová
- 10. [ ] Espiritualidad indígena
- 11. [ ] Otra
- 12. [ ] Ninguna

**DP\_6)** ¿Cuál es su nacionalidad? (**Respuesta espontánea**)

- 1.[ ] Chilena (exclusivamente)
- 2.[ ] Chilena y otra (doble nacionalidad)
- 3.[ ] Otra nacionalidad (extranjeros), especifique: \_\_\_\_\_[O]

### **DP\_I, DP\_7 Y DP\_8 RESPONDEN SÓLO PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS**

**DP\_I.** A continuación, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con su orientación sexual e identidad de género

**DP\_7)** ¿Cuál de estas alternativas define mejor su orientación sexual? (**ENCUESTADOR: leer alternativas**)

**(ENCUESTADOR: Se entiende por Orientación Sexual la atracción que una persona puede tener hacia el sexo opuesto (heterosexual), el mismo sexo (homosexual) o hacia ambos (bisexual))**

- 1.[ ] Heterosexual (Atracción hacia el sexo opuesto)
- 2.[ ] Gay/Lesbiana (Atracción hacia el mismo sexo)
- 3.[ ] Bisexual (Atracción hacia ambos sexos)
- 4.[ ] Otro, especifique\_\_\_\_\_ [O]
- 88.[ ] No sabe (**No leer**)
- 99.[ ] No contesta (**No leer**)

**DP\_8)** En cuánto a su género, ¿usted se identifica como? (**ENCUESTADOR: leer alternativas**)

**(ENCUESTADOR: La Identidad de Género hace referencia a cómo la persona se siente o se identifica respecto de su género (masculino o femenino), y esto puede concordar o no con su sexo biológico.)**

- 1.[ ] Masculino
- 2.[ ] Femenino
- 3.[ ] Transgénero (Trans masculino y femenino)
- 4.[ ] Otro, especifique\_\_\_\_\_ [O]
- 99.[ ] No contesta (**No leer**)

**DP\_9)** ¿A qué sistema previsional de salud pertenece usted? (**Respuesta espontánea, sondear**)

- 1.[ ] Sistema público grupo A
- 2.[ ] Sistema público grupo B
- 3.[ ] Sistema público grupo C
- 4.[ ] Sistema público grupo D
- 5.[ ] Sistema público no sabe grupo
- 6.[ ] F.F.A.A y del Orden
- 7.[ ] ISAPRE
- 8.[ ] Ninguno (particular)
- 9.[ ] Otro Sistema
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**DP\_10)** ¿Qué relación de parentesco tiene con el/la jefe/a de hogar? Jefe de hogar se define como la persona, hombre o mujer, reconocida como tal por los integrantes del hogar **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Jefe(a) de Hogar
- 2.[ ] Esposo(a) /pareja
- 3.[ ] Hijo(a) de ambos
- 4.[ ] Hijo(a) sólo del jefe
- 5.[ ] Hijo(a) sólo del esposo(a) /pareja
- 6.[ ] Padre o madre
- 7.[ ] Suegro(a)
- 8.[ ] Yerno o nuera
- 9.[ ] Nieto(a)
- 10.[ ] Hermano(a)
- 11.[ ] Cuñado(a)
- 12.[ ] Otro familiar
- 13.[ ] No familiar

**DP\_11)** Actualmente, ¿asiste a algún establecimiento educacional?  
**(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sí
- 2.[ ] No
- 3.[ ] Ud. aporta la mitad del ingreso del hogar
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**DP\_12)** ¿Cuál es el nivel educacional más alto alcanzado o el nivel educacional actual de usted?  
**(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Nunca asistió
- 2.[ ] Educación Especial (Diferencial)
- 3.[ ] Primaria o preparatoria (Sistema Antiguo)
- 4.[ ] Educación Básica
- 5.[ ] Humanidades (Sistema Antiguo)
- 6.[ ] Educación Media Científico Humanista
- 7.[ ] Técnica Comercial, Industrial o Normalista (Sistema Antiguo)
- 8.[ ] Educación Media Técnico Profesional
- 9.[ ] Técnico de Nivel Superior
- 10.[ ] Profesional
- 11.[ ] Postítulo
- 12.[ ] Magíster
- 13.[ ] Doctorado
- 88.[ ] No sabe

**DP\_13)** ¿Completó el nivel educacional anteriormente declarado? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Si
- 2.[ ] No
- 77.[ ] No aplica

**DP\_14)** En este nivel educacional ¿Cuál fue el último curso que aprobó? **(Respuesta espontánea)**

- 1.[ ] Sin estudios
- 2.[ ] Primer año
- 3.[ ] Segundo año
- 4.[ ] Tercer año
- 5.[ ] Cuarto año
- 6.[ ] Quinto año
- 7.[ ] Sexto año
- 8.[ ] Séptimo año
- 9.[ ] Octavo año
- 77.[ ] No aplica
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**DP\_15)** ¿Cuál de estas situaciones se aplica mejor a su caso? **(ENCUESTADOR: leer alternativas)**

- 1.[ ] Ud. aporta ingreso único
- 2.[ ] Ud. aporta el ingreso principal pero existen otros ingresos
- 3.[ ] Ud. aporta la mitad del ingreso del hogar
- 4.[ ] Ud. aporta ingreso pero no es el principal del hogar
- 5.[ ] Ud. no aporta ingresos al hogar
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**DP\_16)** Aproximadamente y considerando un mes normal, ¿a cuánto asciende el ingreso total del hogar al mes? **(Respuesta espontánea)**

**(ENCUESTADOR: Si hay más de un hogar en la vivienda, preguntar por el hogar del entrevistado. Si es menor de edad intente conseguir esta información con algún adulto)**

- 1.[ ] Menos de \$100.000
- 2.[ ] Entre \$100.001 y 200.000
- 3.[ ] Entre \$200.001 y 300.000
- 4.[ ] Entre \$300.001 y 400.000
- 5.[ ] Entre \$400.001 y 500.000
- 6.[ ] Entre \$500.001 y 750.000
- 7.[ ] Entre \$750.001 y 1.000.000
- 8.[ ] Entre \$1.000.001 y 1.500.000
- 9.[ ] Entre \$1.500.001 y 2.000.000
- 10.[ ] Más de \$2.000.000
- 88.[ ] No sabe
- 99.[ ] No contesta

**OBS\_FINAL. ENCUESTADOR: ANOTE CUALQUIER OBSERVACION ACERCA DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA. [O] PREGUNTA ABIERTA.**

Para las preguntas DP\_17 y DP\_18 Ud. sólo debe observar y no preguntarle al entrevistado.

**DP\_17) Calidad de la vivienda**

- 1.[ ] **Tipo 1.** Casas o departamentos de gran lujo y muy espaciosos.
- 2.[ ] **Tipo 2.** Casas o departamentos espaciosos y confortables.
- 3.[ ] **Tipo 3.** Casas o departamentos de construcción sólida, pero de apariencia modesta y en buen estado de conservación.
- 4.[ ] **Tipo 4.** Tres casos típicos:
  - i) Construcción sólida, pero en mal estado de conservación;
  - ii) Construcción sólida, buen estado de conservación, buena iluminación, pero existe hacinamiento;
  - iii) Casa prefabricada, aunque tenga cocina y baño independiente.
- 5.[ ] **Tipo 5.** Se presentan tres casos:
  - i) Mejoras.- Casas de madera con pozos negros y sin suministro de agua potable dentro del hogar;
  - ii) Pocilga.- Habitación sucia y sin ventilación ni baño. La cocina, el comedor y dormitorio están dentro de la misma habitación;
  - iii) Subterráneos insalubres con hacinamiento y/o promiscuidad.

**DP\_18) Calidad del barrio**

- 1.[ ] **Tipo 1.** Barrio residencial elegante, donde el valor del terreno y el monto de los arriendos es alto.
- 2.[ ] **Tipo 2.** Barrio residencial, todavía acomodado, de calles amplias, pero sin tanta área verde; casas confortables y bien mantenidas.
- 3.[ ] **Tipo 3.** Barrios de comercio o calles estrechas, antiguas, sin áreas verdes, de menos agrado para vivir y de valores medios de arrendamiento.
- 4.[ ] **Tipo 4.** Barrio obrero o barrio populoso o mal ventilado. El valor de las viviendas está disminuido por la proximidad a talleres, fábricas, estaciones de ferrocarriles, basurales, etc.
- 5.[ ] **Tipo 5.** Barrio de mejoras y pocilgas desaseadas, sin pavimentación, de mal aspecto y sin condiciones sanitarias.