

SIEH | **ENCUESTAS ESPECIALES** **Sistema Integrado** **de Encuestas a Hogares**

ESTUDIOS 40

REPÚBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y PRODUCCIÓN
SECRETARÍA DE POLÍTICA ECONÓMICA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

La serie ESTUDIOS INDEC tiene por objeto dar a conocer los resultados de investigaciones de carácter cuantitativo en los campos sociodemográficos y económicos mediante el aprovechamiento exhaustivo y adecuado de la información estadística disponible.

Esta publicación fue realizada por la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida, a cargo de la Lic. Clyde Charre de Trabuchi.

Participaron en su realización la Lic. Alejandra Ojeda y el Lic. Alejandro Moyano.

Se contó con el asesoramiento de la Lic. Carmen Dopico, a cargo de la Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares, la Lic. Cynthia Pok, a cargo de la Dirección de Encuesta Permanente de Hogares y de la Prof. Graciela Bevacqua, a cargo de la Dirección de Índices de Precios de Consumo.

Signos convencionales utilizados por el INDEC

- * Dato provisorio
- Dato igual a cero
- ... Dato no disponible a la fecha de presentación de los resultados
- .
- /// Dato que no corresponde presentar debido a la naturaleza de las cosas o del cálculo
- s Dato confidencial por aplicación de las reglas del secreto estadístico
- e Dato estimado por extrapolación, proyección o imputación
- Dato ínfimo, menos de la mitad del último dígito mostrado

ISBN-10: 950-896-373-5
ISBN-13: 978-950-896-373-4
ISSN 0326 6249

Encuestas especiales del sistema integrado de encuesta a hogares - 70a ed. -
Buenos Aires : Inst. Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2006.
70 p. ; 25x19 cm.
ISBN 950-896-373-5
1. Estadísticas.
CDD 320

Fecha de catalogación: 07/03/2006

Encuestas especiales del sistema integrado de encuesta a hogares

Responsable de la edición: Mario Edgardo Rodríguez

© Queda hecho el depósito que fija la Ley N° 11.723. Buenos Aires 2006

Permitida la reproducción parcial con mención de la fuente

Publicaciones del INDEC

Las publicaciones editadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos se encuentran a la venta en INDEC, Centro Estadístico de Servicios, Av. Presidente Julio A. Roca 609, C1067ABB, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. El horario de atención al público es de 9:30 a 16:00 hs.

También puede comunicarse a los teléfonos (011) 4349-9652/54/62, al fax (011) 4349-9621, o a través del correo electrónico: ces@indec.mecon.gov.ar, o a la página de Internet: <http://www.indec.gov.ar>

Contenidos	Página
Presentación	5
Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida	7
1. Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida	9
1.1. Sistema de Índices de Precios de Consumo (SIPC)	10
1.1.1. Índice de Precios al Consumidor (IPC) - Nacional	10
1.1.2. Paridades del poder de Compra del Consumidor (PPCC)	10
1.1.3. Índice de Precios al Consumidor Armonizado del MERCOSUR y Chile	11
1.1.4. Programa de Comparación Internacional de Precios (PCI)	11
1.2. Sistema Integrado de Encuestas a Hogares - SIEH	12
1.2.1. Encuestas Pivote del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares	12
1.2.1.1. Encuesta Permanente de Hogares	12
1.2.1.2. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	13
1.2.1.3. Encuesta de Condiciones de Vida	14
1.2.1.4. Adecuaciones metodológicas previstas en las Encuestas Pivote	14
1.2.2. Módulos Especiales del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares	15
1.2.3. Encuestas Especiales del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares	15
1.2.3.1. Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes. EANNyA-2004	15
Objetivo	17
Resultados	18
Cuestionario	19

	Página
1.2.3.2. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas ENCOSP - 2004	55
Objetivo	55
Diseño y Selección de las muestras de viviendas	55
Población Objetivo	56
Dominios de Análisis	56
Asignación de los tamaños de muestra	56
Dominios de estimación y localidades incluidas	57
Trabajo de campo	58
Direcciones provinciales de estadística que participaron del relevamiento	58
Fechas de campo	59
Principales actividades	59
Resultados	59
Cuestionario	59
1.2.3.3. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. ENFR 2005	61
Objetivo	93
Temáticas que abarca	93
Ámbito geográfico y alcance de la muestra	93
Desarrollo del relevamiento	94
Direcciones provinciales de estadística que participaron del relevamiento	95
Evaluación	96
Resultados	95
Cuestionario del Hogar	97
Cuestionario Individual	101

Presentación

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) es el organismo público que desde el año 1968 se encarga de diseñar, organizar y dirigir todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en nuestro país. Los operativos nacionales son realizados a través de censos y encuestas. Tiene entre sus tareas, además, la elaboración de indicadores básicos de orden social y económico y la generación de otras estadísticas básicas.

El INDEC también tiene la responsabilidad de coordinar el Sistema Estadístico Nacional (SEN), el cual está integrado por los servicios estadísticos de los organismos nacionales, provinciales y municipales, asegurando la comparabilidad de la información originada en distintas fuentes. En cada provincia existe una Dirección de Estadística –DPE– dependiente del gobierno provincial. Dichas Direcciones, 24 en total, coordinan los Sistemas Estadísticos Provinciales, e intervienen en la captura, ingreso y procesamiento de información a nivel provincial, la cual será luego sistematizada por el INDEC y otros organismos para obtener información a nivel nacional.

Dentro del INDEC podemos encontrar las siguientes áreas de trabajo:

DIRECCIÓN NACIONAL DE CUENTAS INTERNACIONALES
DIRECCIÓN NACIONAL DE CUENTAS NACIONALES
DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN ESTADÍSTICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DEL SECTOR EXTERNO
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS SOCIALES Y DE POBLACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE CONDICIONES DE VIDA
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIONES
DIRECCIÓN NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN
DIRECCIÓN DE METODOLOGÍA ESTADÍSTICA
DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA
DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS
DIRECCIÓN DE DIFUSIÓN

Estas direcciones podrán tener o no direcciones específicas a cargo. En el caso de la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida, que es el área donde se inscriben las encuestas que vamos a describir en esta publicación, encontramos la Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares, Dirección de Encuesta Permanente de Hogares y la Dirección de Índices de Precios de Consumo.

Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida

La Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida tiene como misión ser el área responsable de diseñar, programar y coordinar en el Sistema Estadístico Nacional, el Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida (SIECV) a través de la ejecución y el análisis de los resultados de estudios y encuestas que permiten contar con información actualizada sobre las características y dinámicas del mercado laboral, la estructura social, la pobreza, el consumo, los precios, la salud, la educación y otras condiciones socio-económicas de la población.

En la página web del Indec (www.indec.gov.ar) se pueden encontrar: comunicados de prensa, cuadros especiales, información histórica y descripción de la metodología empleada. También hay información disponible en los anuarios estadísticos y en «INDEC Informa».

1 | Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida

El Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida (SIECV) es toda la información pertinente y relevante que contribuye a describir y explicar las distintas dimensiones de las condiciones de vida de la población, como así también evaluar los efectos de políticas y gastos encarados para el mejoramiento de la misma.

El SIECV está formado por el Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH) y el Sistema de Índices de Precios de Consumo (SIPC).

El Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida comprende, además, un programa de investigaciones sobre condiciones de vida, que se propone explotar los datos del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares y del índice de Precios al Consumidor (SIEH y SIPC) para estudios e investigaciones específicas referidas a las condiciones de vida de la población: medición de la incidencia de la indigencia y de la pobreza, ingresos y gastos de los hogares, evolución de precios de consumo y situación del mercado de trabajo.

1.1. Sistema de Índices de Precios de Consumo (SIPC)

Los índices de precio de consumo son los indicadores que dan cuenta de la evolución de precios de un conjunto de bienes y servicios representativos del gasto de consumo de la población.

Se está abordando actualmente la construcción de índices que permitan la comparabilidad dentro del país (provincias, regiones), a la vez que se avanza en la comparación internacional a través del IPC armonizado del MERCOSUR.

1.1.1. Índice de Precios al Consumidor Nacional (IPC-Nacional)

El IPC-Nacional mide la evolución de los precios de los bienes y servicios que consumen los hogares residentes en áreas urbanas a nivel provincial y nacional.

El conjunto de bienes y servicios cuyos precios son recopilados para el cálculo del IPC constituye la canasta del índice, que es representativa de los gastos de consumo de los hogares residentes en áreas urbanas.

La canasta del IPC fue proporcionada por la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares realizada entre febrero de 1996 y enero de 1997, cuya población de referencia fueron los hogares residentes en áreas urbanas.

Hasta noviembre de 1995 el IPC del Gran Buenos Aires, que cubre a la Ciudad de Buenos Aires y los 24 Partidos del Conurbano, ha sido utilizado en general como indicador nacional y es el que posee la serie histórica más completa. A partir de noviembre de 2005 se difunde un IPC-Nacional, que cubre 7 provincias, lo que implica un 83% del gasto total nacional.

Por otra parte la realización, durante el año 2005/06, de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGH) con cobertura nacional (urbana y rural), brinda la información básica para preparar las nuevas ponderaciones que permitirán actualizar el IPC.

1.1.2. Paridades de Poder de Compra del Consumidor (PPCC)

Las Paridades del Poder de Compra del Consumidor (PPCC) miden la relación entre el costo de una canasta de bienes y servicios representativos del consumo de la población urbana de una región determinada y el costo que esa misma canasta tendría si se pudiera adquirir a los precios medios de otra región que se toma como base para las comparaciones.

La comparación entre los niveles de precios vigentes en distintas provincias es de vital importancia para:

- a) Evaluar el poder de compra de los salarios, jubilaciones y otros ingresos;
- b) Comparar los niveles de consumo per cápita;
- c) Mejorar y comparar las mediciones de la pobreza;
- d) Establecer políticas fiscales y de ingresos;
- e) Aportar información complementaria para estudios de competitividad.

La principal utilización de las PPCC es en el cálculo de los ingresos regionales con poder de compra «real» en términos de precios medios de una región que se toma como base de comparación uniforme.

Es por eso que interesa que en cada provincia y en cada región la PPCC refleje las relaciones de precios ponderadas por la correspondiente estructura de consumo provincial o regional a la que se destina el uso del ingreso de los hogares residentes.

1.1.3. Índice de Precios al Consumidor Armonizado del MERCOSUR y Chile

Se lleva a cabo el mejoramiento y mantenimiento del Índice de Precios al Consumidor Armonizado del MERCOSUR, con el propósito de lograr un instrumento que facilite la comparación de la evolución de los precios al consumidor de los países del MERCOSUR y Chile.

1.1.4. Programa de Comparación Internacional de Precios (PCI)

La finalidad del PCI en América Latina y el Caribe es suministrar una serie de deflatores (Paridades del Poder Adquisitivo) que permitan comparar el Producto Interno Bruto (PIB) de cada uno de los países de la región, de tal manera que puedan posteriormente compararse con el PIB de otros países del mundo.

1.2. Sistema Integrado de Encuestas a Hogares - SIEH

El Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH) es un instrumento que permite desarrollar la producción de información estadística sociodemográfica y socioeconómica en el marco de un conjunto integrado de encuestas a hogares que se vinculan entre sí, a través de un enfoque conceptual y metodológico común.

El SIEH está compuesto por las denominadas Encuestas pivote del sistema (tanto en modalidad de encuestas de seguimientos como complejas), los Módulos especiales y las Encuestas especiales:

- Encuestas de seguimiento: estudio de una o más áreas temáticas, con alta frecuencia de aplicación.
- Encuestas complejas: mayor número de temáticas y variables de estudio. Se aplican en forma puntual, con determinada periodicidad.
- Encuestas específicas: permiten profundizar temáticas particulares mediante la aplicación de operativos específicos.
- Módulos: permiten profundizar temáticas como anexos a las Encuestas de seguimiento o a las Encuestas complejas.

Cada una de estas encuestas posee características particulares, en atención a sus objetivos específicos, diseño muestral, contenido temático, periodicidad, cobertura geográfica y costo; pero por formar parte del SIEH complementan la información de la población y de los hogares en sus áreas temáticas y programan su investigación en el tiempo de acuerdo a la naturaleza de cada tema, preservando la homogeneidad conceptual en los temas comunes.

1.2.1. Encuestas Pivote del Sistema Integrado de Encuesta a Hogares

Las Encuestas Pivote del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares son, en la actualidad, tres: Encuesta Permanente de Hogares (EPH), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENGH) y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV).

Tanto la EPH como la ENGH son ejecutadas exclusivamente por el INDEC; la Encuesta de Condiciones de Vida ha sido responsabilidad compartida entre el INDEC y el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) -organismo que se encontraba en el Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente al momento de la realización de las encuestas de 1997 y 2001 y que hoy pertenece a la estructura del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

1.2.1.1. Encuesta Permanente de Hogares

Es una Encuesta que proporciona información sobre las estrategias de vida de la población y de los hogares a través de su participación en la producción social de bienes y servicios y en su distribución.

La Encuesta Permanente de Hogares se viene aplicando de manera continua desde 1974, habiendo sido reformulada en el año 2003.

Se aplica en treinta y un aglomerados urbanos, y su objetivo es medir principalmente el Mercado de trabajo, así como los ingresos y otros temas asociados.

La modalidad empleada es la continua, obteniéndose datos trimestrales y semestrales

Está basada en tres ejes conceptuales de captación habitual:

- Aspectos demográficos básicos y características del hogar: edad, sexo, condición de residencia, posición en el hogar, organización del hogar, tareas domésticas, migraciones, etc.

- Inserción en la producción de bienes y servicios: condición de actividad, características del empleo y de la desocupación, subempleo, modalidades contractuales, trabajo no registrado, planes de empleo, pluriempleo, horas trabajadas, etc.
- Participación en la distribución social de bienes y servicios: características de la vivienda y hábitat, infraestructura de servicios, ubicación en áreas urbanas problemáticas, educación, ingresos monetarios, no monetarios y estrategias de manutención, migraciones.

Periodicamente se realizan módulos de profundización (Ver punto 1.2.2).

La EPH releva información en todos los aglomerados de 100.000 y más habitantes y las capitales de provincia. El tamaño de la muestra total es de 68.000 viviendas en el año.

Se producen anualmente 12.600 tabulados básicos y 18 informes de prensa (mercado de trabajo, indicadores demográficos y sociodemográficos e incidencia de la pobreza y la indigencia), los que además de las bases de datos se encuentran en la página web del Indec. Además se producen otros 600 tabulados de ingresos y 8.550 cuadros con información de coyuntura entregados a usuarios y Direcciones Provinciales de Estadísticas.

Las principales líneas de investigación son: a) análisis de resultados, b) tratamiento de la estructura social y estrategias de vida y c) distribución del ingreso, la pobreza y la indigencia.

1.2.1.2. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENGH) se aplicó durante los años 2004/ 2005, siendo la primera encuesta del SIEH con cobertura nacional urbano-rural.

Su propósito es medir la estructura de consumo de los hogares y el volumen y composición de sus gastos e ingresos.

Permite calcular las ponderaciones del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y brinda información para las Cuentas Nacionales (CCNN).

Se obtienen los datos del año relevado.

Los objetivos que se plantea la ENGH son:

- Elaborar la estructura de las ponderaciones del Índice de Precios al Consumidor.
- Aportar insumos para estimaciones de las Cuentas Nacionales.
- Estimar las canastas básicas alimentarias utilizadas para el cálculo de la Línea de pobreza.
- Conocer las estructuras de consumo de los distintos grupos de hogares.

Los puntos centrales que investiga esta encuesta son:

- Gastos
- Ingresos
- Transferencias gratuitas en especie
- Equipamiento del hogar
- Características sociodemográficas
- Características ocupacionales

El tamaño de la muestra es de 43.000 viviendas, las unidades de análisis son los hogares particulares. Los dominios de estimación son el total país y cada una de las provincias.

El período de relevamiento de la encuesta es de 12 meses consecutivos. Los hogares seleccionados de la muestra están bajo estudio durante una semana.

La cobertura geográfica de la ENGH se ha ido ampliando en los últimos años. En 1985-86 fue la última encuesta que se realizó sólo en GBA. La de 1996-97 se amplió al conjunto de localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de todo el país; y la más reciente, 2004/05 se realizó a nivel nacional, incluyendo áreas urbanas y rurales.

1.2.1.3. Encuesta de Condiciones de Vida

La primera encuesta del SIEMPRO, desarrollada conjuntamente con el INDEC, se denominó «Encuesta de Desarrollo Social» (EDS) y fue efectuada en el año 1997. Este estudio permitió interrelacionar los diferentes aspectos de las condiciones de vida de la población. Sus antecedentes más importantes fueron la «Investigación de la Pobreza en la Argentina» (IPA), desarrollada entre 1987 y 1989, y los diversos Módulos incorporados a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), entre los cuales se destaca el vinculado con el Monitoreo de las Metas Sociales, implementado en 1994.

Esta metodología de trabajo entre ambos Organismos se consolida y profundiza con la segunda Encuesta, denominada esta vez «Encuesta de Condiciones de Vida» (ECV). La amplia gama de temáticas relevadas la convierten en un instrumento de elevada potencialidad para el análisis de la problemática social desde una perspectiva integral.

Los temas que abarca la Encuesta contemplan características de vivienda, hábitat y condiciones de higiene de la población, composición y estructura de los hogares y su ciclo de vida, las características educativas y ocupacionales de las personas que integran dichos hogares, así como los ingresos tanto individuales (laborales y no laborales) como del conjunto del hogar. Con respecto a la información asociada a los distintos programas sociales, la ECV brinda información sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud, las condiciones de acceso a programas sociales y la contribución de éstos al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

1.2.1.4. Adecuaciones metodológicas previstas en las Encuestas Pivote

En el marco de las actualizaciones metodológicas y conceptuales emprendidas en los últimos años, estas encuestas tienen planificado realizar los siguientes cambios:

■ Encuesta Permanente de Hogares Continua Nacional

A partir de las experiencias de la Encuesta Permanente de Hogares (1973-2003) y de la Encuesta Permanente de Hogares Continua (2003 en adelante), actualmente con cobertura de 31 aglomerados urbanos, se continuará con el proyecto de extensión de la cobertura geográfica hasta la constitución de la Encuesta Nacional.

■ Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares Continua

A partir de la experiencia de las encuestas realizadas en 1985/86, 1996/97 y 2004/05 se trabajará sobre el proyecto de implementar una encuesta continua.

■ Encuesta de Condiciones de Vida

El desarrollo de la ECV 2007 responde a la necesidad de detectar el segmento de la población urbana socialmente vulnerable y que requiere aplicación de políticas sociales específicas.

Se brindará información para el conjunto de localidades urbanas de 2.000 y más habitantes de todo el país y

se utilizará una muestra de 35.000 viviendas.

1.2.2. Módulos Especiales del Sistema Integrado de Encuesta a Hogares

Los módulos especiales han respondido hasta ahora a pedidos sectoriales de otras áreas, fundamentalmente del Estado Nacional. Sin embargo, la EPH tiene proyectado realizar sistemáticamente módulos fundamentalmente ligados con las temáticas del mercado laboral.

Se han realizado, por ejemplo, los módulos de Educación, de Precariedad Laboral, de Vivienda, de Educación y Empleo de Jóvenes, de Informalidad, etc.

Se ha planificado, con distintos grados de avance, realizar en el futuro una serie de módulos especiales vinculados a las distintas encuestas del SIEH que permitirán complementar y ampliar la información del SIECV.

1.2.3. Encuestas Especiales del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares

Las Encuestas Especiales responden a requerimientos sectoriales de otras áreas, fundamentalmente del Estado Nacional aunque se incorporan con las mismas características que las Encuestas Pivote.

Durante los dos últimos años se realizaron la Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes, el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Detallaremos a continuación los estudios realizados durante los dos últimos años. Estos son la Encuesta Nacional de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNyA), el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCoSP) y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR).

1.2.3.1. Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes. EANNyA -2004

La Organización Internacional del Trabajo incluyó desde sus orígenes el tema del Trabajo Infantil como una de las preocupaciones centrales de su agenda. La magnitud y los alcances del tema han variado significativamente con los nuevos escenarios sociales, lo que requirió de nuevos análisis que posibilitaran adecuar las acciones en contra de este flagelo.

El Ministerio de Trabajo, consciente de esta problemática, se suma a toda iniciativa tendiente no sólo a la investigación del tema, sino también a la instrumentación y gestión de políticas que promuevan la erradicación del Trabajo Infantil.

Actualmente existe un significativo consenso mundial sobre el daño que ocasiona en el desarrollo infantil la inclusión temprana de los niños y niñas dentro del mundo laboral. Está claro que el trabajo infantil es perjudicial para los niños en la medida que impide que puedan disfrutar de su infancia, obstaculiza su desarrollo provocando daños físicos y psicológicos que persisten durante toda su vida e impide el disfrute pleno del derecho a la educación y por lo tanto a un futuro mejor como ciudadano disfrutando plenamente de sus derechos entre ellos el de un trabajo decente. En suma, el trabajo infantil es un problema que perjudica a las familias, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto y perpetúa el círculo vicioso de la pobreza.

No obstante dicho consenso, la definición de acciones y políticas para su erradicación requieren de definiciones operativas sobre los alcances del término «trabajo infantil». Este término no abarca todos los trabajos que realizan los niños. Algunos de ellos, en circunstancias nacionales muy diferentes, realizan trabajos que no atentan contra su educación y desarrollo físico y moral.

El trabajo infantil es toda aquella actividad que implique la participación de los niños/as cualquiera que sea su condición laboral (asalariado, independiente, trabajo familiar no remunerado) o la prestación de servicios, que les impidan el acceso, rendimiento y permanencia en la educación, se realicen en ambientes peligrosos, produz-

can efectos negativos inmediatos o futuros, o se lleven a cabo en condiciones que afecten el desarrollo psicológico, físico, moral o social de los niños.

En lo que respecta al marco legal, son tres conjuntos de normas internacionales los que conforman la base legal acordada intencionalmente en pos de la erradicación del trabajo infantil: a) la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), b) los Convenios de la OIT sobre la Edad Mínima y las Peores Formas de Trabajo Infantil y c) los Convenios de la OIT sobre la Seguridad en el Trabajo.

■ A partir de las disposiciones de los Convenios números 138 y 182, se definen tres categorías de trabajo infantil que deben abolirse:

1. El trabajo realizado por un niño o niña que cuya edad es inferior a la edad mínima fijada en la legislación nacional para ese tipo de trabajo;
2. el trabajo que sea perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, es decir, trabajo peligroso; y
3. las formas incuestionablemente peores del trabajo infantil definidas internacionalmente como: a) todas las formas de la esclavitud, el tráfico de niños, la servidumbre por deudas y la condición de siervo; otras formas del trabajo forzoso, el reclutamiento forzoso de niños para utilizarlos en conflictos armados; b) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para la prostitución y la pornografía, c) la utilización, el reclutamiento o la oferta de niños para actividades ilícitas, en particular la producción y tráfico de estupefacientes y d) el trabajo que por su naturaleza o por las condiciones que lleve a cabo, es probable que dañe la salud, la seguridad o la moralidad de los niños.

La Argentina, al ratificar los Convenios 138 y 182 se compromete a erradicar el trabajo infantil con las siguientes características:

1) Niños que trabajan antes de los 14 años: En la Argentina la edad mínima de admisión al empleo es de 14 años.

El Convenio 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo, establece que cada país puede determinar la edad, siempre y cuando ésta no sea menor de los 15 años y no sea inferior a la edad de conclusión de la escolaridad obligatoria.

Cuando un país ratifica el Convenio 138, se compromete a «seguir una política nacional que asegure la abolición efectiva del trabajo de los niños y eleve progresivamente la edad mínima de admisión del empleo...».

Como excepción a la edad mínima de ingreso al empleo, la norma establece el concepto de «trabajo ligero», según el cual la legislación nacional podrá permitir el empleo o el trabajo de personas de trece a quince años de edad en trabajos ligeros, a condición de que éstos no perjudiquen su salud o desarrollo y no interfieran con su asistencia a la escuela, su participación en programas de orientación o formación profesional o el aprovechamiento de la enseñanza que reciben.

2) Niños que realizan trabajos peligrosos: en el mismo Convenio 138, se establece que ningún menor de 18 años podrá realizar trabajos peligrosos, es decir, aquel que «...por su naturaleza o las condiciones en que se realice pueda resultar peligroso para la salud, la seguridad o la moralidad de los menores». No obstante ello, «...la legislación nacional o la autoridad competente, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas, cuando tales organizaciones existan, podrán autorizar el empleo o el trabajo a partir de la edad de dieciséis años, siempre que queden plenamente garantizadas la salud, la seguridad y la moralidad de los adolescentes, y que éstos hayan recibido instrucción o formación profesional adecuada y específica en la rama de actividad correspondiente».

3) El trabajo infantil en sus peores e incuestionables formas. La celeridad con que 154 países ratificaron el Convenio 182 «Peores formas del trabajo infantil», 1999, expresa la voluntad y prioridad que otorgan los gobiernos al tema de la erradicación del trabajo infantil.

El propósito central del Convenio sobre las peores formas del trabajo infantil consiste en profundizar lo establecido en el Convenio 138, identificando aquellas formas de trabajo infantil que requieren medidas inmediatas y eficaces para su erradicación. Para ello, el Convenio 182, además de establecer «peores formas» del trabajo infantil consensuadas internacionalmente, promueve que sean los mismos países que lo han ratificado, quienes adecuen la norma mediante consultas con organizaciones de empleadores y trabajadores interesadas.

En la Argentina se conformaron dos listados de «peores formas» de trabajo infantil (Superintendencia de Riesgos de Trabajo y Ministerio de Justicia, con apoyo de UNICEF), los cuales deberán compatibilizarse con el fin de realizar acciones concretas y urgentes de abolición de dichas formas.

La celebración del Día Mundial contra el Trabajo Infantil, el 12 de junio de 2005, resulta una ocasión propicia para divulgar algunos resultados de la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNyA). Este es un emprendimiento que el MTEySS está desarrollando en forma conjunta con el INDEC en el marco del Programa «Encuesta y Observatorio de Trabajo Infantil» que se acordó entre el Gobierno Argentino y el Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la OIT.

La Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2004 (EANNyA-2004) es un emprendimiento que el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) está desarrollando en forma conjunta con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) en el marco del Programa «Encuesta y Observatorio de Trabajo Infantil» que se acordó entre el Gobierno Argentino y el Programa Internacional para la Erradicación del Trabajo Infantil (IPEC) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Esta Encuesta fue llevada a cabo en la Dirección de Estudios de Ingresos y Gastos de los Hogares bajo la Dirección de la Lic. Carmen Dopico.

Objetivo

La EANNyA-2004 es la primera encuesta sobre trabajo infantil que se realiza en el país y representa un avance significativo respecto de estudios anteriores que aportaron información sobre el tema, como por ejemplo el Módulo de Metas para la Infancia realizado como módulo especial en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en 1994, la Encuesta de Desarrollo Social (EDS) de 1997 y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del año 2001.

Este estudio incluye también a las áreas rurales que no habían sido incorporadas en estudios anteriores.

Además, se incorporan formas innovadoras de captación que permiten visualizar el trabajo infantil, actividad frecuentemente negada o no reconocida como tal, e incluso algunos casos de carácter ilegal, como en el caso de los menores de 14 años. Situación que se agrava, en términos más generales, debido a la precariedad e intermitencia y por la valoración social negativa que, en general, produce esta actividad.

La información se relevó en el último cuatrimestre del año 2004 y su área de cobertura abarcó el Gran Buenos Aires, la Provincia de Mendoza y dos subregiones del país integradas por tres provincias del Noroeste: Jujuy, Salta y Tucumán, y dos del Noreste: Formosa y Chaco.

Si bien esta cobertura es importante en términos poblacionales, los resultados de la encuesta no pueden ser extrapolados ni a otras regiones ni al conjunto del país. El MTEySS tiene como objetivo inmediato ampliar la cobertura de la EANNyA a otras jurisdicciones para avanzar en la caracterización de la forma más precisa posible el trabajo infantil en nuestro país.

Resultados

La información presentada se organiza en torno a cuatro ejes fundamentales.

- 1) Se distingue a la población infantil encuestada en dos grandes grupos de edad: 5 a 13 años y 14 a 17 años. Resulta importante mantener esta distinción ya que la normativa vigente en el país prohíbe, con pocas excepciones, el trabajo para los menores de 14 años y regula el de los adolescentes de 14 a 17 años, que sólo pueden ser contratados para un trabajo si se respetan ciertas condiciones de protección.
- 2) Resaltar que los trabajadores infantiles y adolescentes se desempeñan en actividades laborales muy diversas en lo que se refiere a carga horaria, condiciones laborales ambientales y la presencia o ausencia de padres o familiares que guíen su trabajo. Esto configura distintas situaciones de riesgo y vulnerabilidad que deben ser tomadas en cuenta a la hora de diseñar políticas de erradicación del trabajo infantil y de regulación del adolescente.
- 3) Señalar como problemática colindante con la del trabajo infantil a las actividades domésticas que los niños realizan para su propio hogar y que por la carga que suponen (producción de bienes alimentarios para el autoconsumo y/o de habitación para el propio hogar, cuidado de hermanos pequeños, etc.) o por su intensidad horaria desplazan las actividades que los niños deben realizar para garantizar su desarrollo como tales y como futuros adultos.
- 4) Destacar la vinculación nociva que existe entre trabajo infantil y adolescente, como también entre las actividades domésticas intensas y pesadas, y la educación, específicamente, con la permanencia en la escuela y con una carrera escolar sin retrasos ni repeticiones de grado o año.

De acuerdo al convenio firmado entre el INDEC y el MTEySS, la difusión de los datos será realizada en primera instancia por el MTEySS.

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social publicó un Informe de Prensa que se encuentra en su página web: www.trabajo.gov.ar

Adicionalmente, parte del equipo técnico ha elaborado un informe presentado en ASET denominado «Medición y estimación de trabajo infantil en el contexto de la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes» que se adjunta al presente documento.

Una vez que los resultados definitivos estén disponibles serán publicados en la página web del Indec: www.indec.mecon.gov.ar

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

INDEC
Instituto Nacional de Estadística y Censos
2004 - Año de la Promoción Argentina

Encuesta Provincial de Estadística

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

2004

1

Vivienda

Este es un instrumento confidencial reservado por la Ley 11.488, artículo 10. Toda información suministrada a los organismos oficiales de estadística nacional, provincial o municipal, no será empleada en procesos administrativos, judiciales, fiscales, de control, de sanción, ni en otros fines que no sean los de carácter estadístico. Se prohíbe la explotación económica o comercial de los datos obtenidos.

<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"/>
Reside en un departamento urbano (U. o P. o M.)	Reside en un departamento rural (R. o M. o T. o P. o M.)	Cantidad de departamentos en el edificio	Tamaño del departamento del hogar	Superficie del departamento del hogar (m ² o m ² aprox.)	Nº de personas que residen

Provincia: _____

Departamento: _____

Observaciones generales: _____

Muestra aleatoria de hogares

Muestra Nº	Fecha	Mesa	Resultado
1			
2			
3			
4			

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Encuestador	Supervisor	Asesor	Registrador

Códigos de razón de no respuesta

<p>VICTIMAS DE AGRESIONES</p> <p>06 Desconhecido en caso de una víctima víctima víctima etc.</p> <p>07 Incompleta en declaración</p> <p>08 No se recuerda o ha pasado</p> <p>09 En declaración o silencio</p> <p>10 No está ocupada con fines de INVESTIGACIÓN (alguno, según, cuando, porque, cómo, cuándo, dónde, cuánto, cuánto, etc.)</p> <p>11 Local o contenido del contenido</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p>
<p>VICTIMAS DE MALTRATOS</p> <p>07 Desconhecido en contenido</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Razón de no respuesta</p> <p>06 No se sabe más adelante (o se sabe porque no se sabe)</p> <p>07 Incompleta temporal (o no, cuando, etc.)</p> <p>10 No sabe</p> <p>11 Otras razones (alguno, porque, etc. como otras razones)</p> <p>12 No se sabe en respuesta - análisis</p> <p>13 No está ocupado con el trabajo</p> <p>14 No sabe a quién</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Más de una víctima en la dirección</p> <p>Algunas víctimas hay en una dirección que no figura en el estado. Si la cantidad de víctimas es 0 o más, así sea información de dirección que figura en el estado antes de comenzar con el cuestionario de víctimas.</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Características de la Violencia

1- **INDIQUE CANTIDAD DE Hogares EN LA VISITA**
 2- Complete casillero correspondiente en la cantidad

! **Indice** (cantidad o grupo de personas, colectiva o no, que habitará bajo un mismo techo y compartirán los gastos de alimentación, ya sean gastos comunes para uno)

Características de la Violencia | Para el inicio o primer hogar

! **tipo de violencia** 2-1- Complete por observación - indique si es necesario

- Casa _____
- Departamento _____
- Calle _____
- Plaza en República/Caracas _____
- Plaza en zona o campo _____
- Local no destinado para habitar _____
- Otro (_____) _____

2 ¿Cuál es el material predominantemente de las paredes exteriores? **3**

>> CONFORME CON MATERIALES - MARQUE SI SE APLICAN

- Ladrillo, piedra, bloque o terrazo _____
- Adobe _____
- Madera _____
- Chapo de cal o albañilería _____
- Otros, como: paja, paja seca o materia de desecho _____
- Otro [_____] _____

especificar

3 ¿Cuál es el material predominantemente de los pisos? **3**

- Cerámica, láminas, mosaico, mármol, mármol o albañilería _____
- Cemento o terrazo tipo _____
- Tierra o ladrillo cocido _____
- Otro [_____] _____

especificar

4 ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? **4**

(Incluyendo cocina, baño, patio, etc.) _____

Características del Hogar - Para todos los hogares

5 ¿Existen restricciones con el uso exclusivo del hogar? **5**

6 ¿Tiene agua...? **6**

- ...por cañería dentro de la vivienda? _____
- ...fuera de la vivienda pero dentro del terreno? _____
- ...fuera del terreno? _____

7 ¿La provisión de agua es...? **7**

- ... por pública (agua corriente)? _____
- ... por tubería con bomba a motor? _____
- ... por tubería con bomba manual? _____
- ... pozo? _____
- ... otro? [_____] _____

especificar

10 ¿Qué combustible usa principalmente para cocinar? **10**

• Gas de red _____ 1

• Gas en botón _____ 2

• Gas en garrafa _____ 3

• Leña o carbón _____ 4

• Otro (_____) _____ 5

especificar

11 ¿El hogar tiene baño o letrina? **11**

• Sí _____ 1

• No _____ 2

12 ¿El baño tiene... **12**

• ... paredes con azulejo / mosaico / cerámica y paredes de agua? _____ 1

• ... paredes de block / cemento y con paredes de agua de concreto? _____ 2

• ... letrina con paredes de agua? _____ 3

13 ¿El drenaje del baño es... **13**

• ... a red pública exterior? _____ 1

• ... a cámara séptica y agua negra? _____ 2

• ... sólo a agua negra? _____ 3

• ... otro? (_____) _____ 4

especificar

14 ¿El baño es de tipo exclusivo de este hogar? **14**

• Sí _____ 1

• No _____ 2

15 ¿Algún miembro del hogar es... **15**

• ... propietario de la vivienda y el terreno? _____ 1

• ... propietario de la vivienda solamente? _____ 2

• ... inquilino o arrendatario de la vivienda? _____ 3

• ... ocupante por relación de pareja? _____ 4

• ... ocupante por parentesco, amistad o parentesco? _____ 5

• ... ocupante de hecho con parentesco? _____ 6

• ... otro? (_____) _____ 7

especificar

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

INEC
INSTITUCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Encuesta Nacional de Estadística

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

2014

Este es un cuestionario censal y confidencial, elaborado en el marco de la Ley 17411, artículo 20. La información que se suministra a los organismos ejecutores del censo, el Estado Plurinacional de Bolivia y el Poder Judicial, será utilizada para fines estadísticos, científicos y académicos. La información no será cedida a terceros. El Estado no podrá utilizar la información para fines de control, fiscalización, sanción o para fines políticos, judiciales, policiales y militares o cualesquiera otros.

2 Hogar

Padrón UBI Sexo Tipo de UBI Nº de vivienda Hogar Base de un grupo (U, A, T, M, T, L) Estado de vivienda registrada

Observaciones: _____

CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS													
N.º de niño	Nombre	Edad	Sexo	1- Nivel de presentación con el juego del jugador: 1- Solo 2- Elementos simples 3- Manipulación 4- Simulación 5- Narrativa 6- Mímica 7- Fantástico 8- Fantasmas/monstruos/sueños o cosas 9- Uso de herramientas 10- Bloques 11- Personajes 12- Construcción de edificios y sus fortificaciones	2- ¿Se presta atención al juego? 1- Si 2- No		3- ¿Se presta atención al juego? 1- Si 2- No		4- Nivel de juego: 1- Solista 2- Paralelo 3- Asociado 4- Cooperativo 5- Abandona el juego 6- Pasivo	5- Nivel de interacción: 1- Sin interacción 2- Sin interacción limitada 3- Interacción limitada o esporádica (espasmos) 4- Interacción constante		6- Nivel de otros roles: 1- Sin otros roles 2- Otros roles esporádicos 3- En un juego distribuido o en turnos (espasmos) 4- En otro juego constante	
					Nota	Nota	Nota	Nota		Nota	Nota		
				Q1- Solo									

Figura 1

88/89 / Page

10.	11.	12.	13.	14.	15.
<p>¿Qué actividades de este tipo realiza?</p> <p>1- Colabora en actividades de apoyo (limpieza, mantenimiento, etc.)</p> <p>2- Colabora con otras actividades de apoyo (limpieza, mantenimiento, etc.)</p> <p>3- Prepara alimentos</p> <p>4- Compras de alimentos</p> <p>5- Limpieza</p> <p>6- Otros</p> <p>Indique con una X las actividades que realiza:</p>	<p>¿Cuántas veces por semana realiza estas actividades?</p> <p>1- 0</p> <p>2- 1-2</p>	<p>¿Cuáles son los tipos de alimentos que prepara?</p> <p>1- Alimentos elaborados</p> <p>2- Alimentos elaborados sencillos</p> <p>3- No elabora alimentos</p> <p>4- Otros (especificar)</p> <p>5- No sabe</p>	<p>¿Cuál es el nivel más alto que alcanza en escolaridad?</p> <p>1- Sin escolaridad</p> <p>2- 1º a 2º grado</p> <p>3- 3º a 4º grado</p> <p>4- 5º a 6º grado</p> <p>5- 7º a 8º grado</p> <p>6- 9º a 10º grado</p> <p>7- 11º a 12º grado</p> <p>8- Más de 12º grado</p> <p>9- No sabe</p>	<p>¿En qué grupo de edad se encuentra?</p> <p>1- 0-14 años</p> <p>2- 15-24 años</p> <p>3- 25-34 años</p> <p>4- 35-44 años</p> <p>5- 45-54 años</p> <p>6- 55-64 años</p> <p>7- 65 años y más</p>	<p>¿Cuál fue el nivel más alto de escolaridad que completó?</p> <p>1- Sin escolaridad</p> <p>2- 1º a 2º grado</p> <p>3- 3º a 4º grado</p> <p>4- 5º a 6º grado</p> <p>5- 7º a 8º grado</p> <p>6- 9º a 10º grado</p> <p>7- 11º a 12º grado</p> <p>8- Más de 12º grado</p> <p>9- No sabe</p>

10011101

10011101

SECTOR PÚBLICO				
CATEGORÍA DE ACTIVIDAD				
CATEGORÍA DE ACTIVIDAD				
101	102	103	104	105
<p>¿Se reconoce la ger...?</p> <p>1- ...no reconoce / No es el/la</p> <p>2- ...reconoce/ reconoce</p> <p>3- ...reconoce/ reconoce</p> <p>4- ...reconoce/ reconoce</p> <p>5- ...reconoce/ reconoce</p> <p>6- ...reconoce/ reconoce</p> <p>7- ...reconoce/ reconoce</p>	<p>Si es reconocido, ¿puede ser reconocido como gerente/a o director/a en el área correspondiente?</p> <p>1- Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2- No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si es reconocido en el área, ¿cómo se describe su actividad principal?</p> <p>1- Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2- No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si es reconocido en el área, ¿cómo se describe su actividad principal?</p> <p>1- Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2- No <input type="checkbox"/></p>	<p>Si es reconocido en el área, ¿cómo se describe su actividad principal?</p> <p>1- ...no reconoce/ No es el/la</p> <p>2- ...reconoce/ reconoce</p> <p>3- ...reconoce/ reconoce</p> <p>4- ...reconoce/ reconoce</p> <p>5- ...reconoce/ reconoce</p>

CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE HOGARES (EM LA QH) - Versión 4 (2014-2015)										
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS										
CATEGORÍA: 03 - LA EDUCACIÓN DE LOS NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS										
03-01	03-02	03-03	03-04							03-05
¿El niño/a es...?	¿El niño/a asiste al nursery/ guardería o al jardín de...?	¿En qué institución está el niño/a...?	¿Cuántas personas trabajan en su establecimiento, excluido usted? Indique si son todos los del establecimiento y cuántos de qué categorías?							¿El niño/a asiste a qué programa de educación de adultos? Indique si es de qué categoría?
1. ...no asiste	1. ...nursery o guardería	1. ...nursery/ guardería	1. ...nursery/ guardería							1. ...no asiste
2. ...jardín de...?	2. ...jardín de...?	2. ...jardín de...?	2. ...otro							2. ...otro
			3. ...otro							
			4. ...otro							
			5. ...otro							
			6. ...otro							
			7. ...otro							
			8. ...otro							
			9. ...otro							
			10. ...otro							
			11. ...otro							
			12. ...otro							
			13. ...otro							
			14. ...otro							
			15. ...otro							
			16. ...otro							
			17. ...otro							
			18. ...otro							
			19. ...otro							
			20. ...otro							
			21. ...otro							
			22. ...otro							
			23. ...otro							
			24. ...otro							
			25. ...otro							
			26. ...otro							
			27. ...otro							
			28. ...otro							
			29. ...otro							
			30. ...otro							
			31. ...otro							
			32. ...otro							
			33. ...otro							
			34. ...otro							
			35. ...otro							
			36. ...otro							
			37. ...otro							
			38. ...otro							
			39. ...otro							
			40. ...otro							
			41. ...otro							
			42. ...otro							
			43. ...otro							
			44. ...otro							
			45. ...otro							
			46. ...otro							
			47. ...otro							
			48. ...otro							
			49. ...otro							
			50. ...otro							
			51. ...otro							
			52. ...otro							
			53. ...otro							
			54. ...otro							
			55. ...otro							
			56. ...otro							
			57. ...otro							
			58. ...otro							
			59. ...otro							
			60. ...otro							
			61. ...otro							
			62. ...otro							
			63. ...otro							
			64. ...otro							
			65. ...otro							
			66. ...otro							
			67. ...otro							
			68. ...otro							
			69. ...otro							
			70. ...otro							
			71. ...otro							
			72. ...otro							
			73. ...otro							
			74. ...otro							
			75. ...otro							
			76. ...otro							
			77. ...otro							
			78. ...otro							
			79. ...otro							
			80. ...otro							
			81. ...otro							
			82. ...otro							
			83. ...otro							
			84. ...otro							
			85. ...otro							
			86. ...otro							
			87. ...otro							
			88. ...otro							
			89. ...otro							
			90. ...otro							
			91. ...otro							
			92. ...otro							
			93. ...otro							
			94. ...otro							
			95. ...otro							
			96. ...otro							
			97. ...otro							
			98. ...otro							
			99. ...otro							
			100. ...otro							

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

INDEC
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 Calle Corrientes 1281, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ministerio Provincial de Estadística

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

2004

3

Individual
5 a 17 años

Este es un formulario individual que deberá ser completado por el encuestado a un representante del hogar al momento de realizar el levantamiento de información en el domicilio de la persona a ser entrevistada. La información contenida en este formulario será utilizada para el análisis de los datos de esta encuesta y no será utilizada para fines estadísticos ni de otro tipo. La información contenida en este formulario será utilizada para el análisis de los datos de esta encuesta y no será utilizada para fines estadísticos ni de otro tipo.

Provincia

CPA

Casa

Tipo de casa

N° de vivienda

Edad

N° de vivienda

Calle

Edad

Más de un respondiente (C) (solo mujer y 17)

N° de vivienda respondiente

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDEC
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
 Av. Corrientes 1281, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 Tel: (011) 5270-0000, 5270-0001, 5270-0002, 5270-0003, 5270-0004, 5270-0005, 5270-0006, 5270-0007, 5270-0008, 5270-0009, 5270-0010, 5270-0011, 5270-0012, 5270-0013, 5270-0014, 5270-0015, 5270-0016, 5270-0017, 5270-0018, 5270-0019, 5270-0020, 5270-0021, 5270-0022, 5270-0023, 5270-0024, 5270-0025, 5270-0026, 5270-0027, 5270-0028, 5270-0029, 5270-0030, 5270-0031, 5270-0032, 5270-0033, 5270-0034, 5270-0035, 5270-0036, 5270-0037, 5270-0038, 5270-0039, 5270-0040, 5270-0041, 5270-0042, 5270-0043, 5270-0044, 5270-0045, 5270-0046, 5270-0047, 5270-0048, 5270-0049, 5270-0050, 5270-0051, 5270-0052, 5270-0053, 5270-0054, 5270-0055, 5270-0056, 5270-0057, 5270-0058, 5270-0059, 5270-0060, 5270-0061, 5270-0062, 5270-0063, 5270-0064, 5270-0065, 5270-0066, 5270-0067, 5270-0068, 5270-0069, 5270-0070, 5270-0071, 5270-0072, 5270-0073, 5270-0074, 5270-0075, 5270-0076, 5270-0077, 5270-0078, 5270-0079, 5270-0080, 5270-0081, 5270-0082, 5270-0083, 5270-0084, 5270-0085, 5270-0086, 5270-0087, 5270-0088, 5270-0089, 5270-0090, 5270-0091, 5270-0092, 5270-0093, 5270-0094, 5270-0095, 5270-0096, 5270-0097, 5270-0098, 5270-0099, 5270-0100

3-3 Bloque 3 / Educación

1.1 ¿Tiene a la escuela?	1.2
sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s o tiene computadora
no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 ¿Presta alguna vez a la escuela?	1.4
sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela
no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela

3-4 Bloque Asiste

1.5 ¿Qué asiste con más?	1.6
sí - Menor edad	
<i>Jóvenes en sala de jardín</i> _____	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela
sí - Menor edad	
<i>J. 200 (3^{er} a 6^{er} año)</i> _____	<input type="checkbox"/>
<i>J. Primaria (1^{er} a 7^{er} grado)</i> _____	<input type="checkbox"/>
sí - Menor edad	
<i>J. Secundaria (2^{er} a 3^{er} o 4^{er} año)</i> _____	<input type="checkbox"/>
<i>J. Secundaria (3^{er} a 6^{er} o 8^{er} año)</i> _____	<input type="checkbox"/>
sí - Menor edad	
<i>J. Tercero o cuartecero</i> _____	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela

1.7 ¿A qué grado le está más?	1.8
<i>En sala común en sala, comedor o en sala de</i>	
sí 1 _____	<input type="checkbox"/>
sí 2 _____	<input type="checkbox"/>
sí 3 _____	<input type="checkbox"/>
sí 4 _____	<input type="checkbox"/>
sí 5 _____	<input type="checkbox"/>
sí 6 _____	<input type="checkbox"/>
sí 7 _____	<input type="checkbox"/>
sí 8 _____	<input type="checkbox"/>
sí 9 _____	<input type="checkbox"/>
sí No tiene registro en grado o año _____	<input type="checkbox"/>

EE	J'uso o uso tecnología... (El/ella utiliza en casa, contesta a un celular)	EE
	o 1 ... celular? <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... de internet? <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... correo? (por computadora) <input type="checkbox"/>	

EE	J'uso o la tecnología...	EE
	> 1 ... a la escuela? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... a la casa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... a la radio? (escucha o participa) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

EE	¿La tecnología a la que uso... (El/ella utiliza en casa, contesta a un celular)	EE
	> 1 ... correo o de internet? <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... internet? (uso o sin usar en redes) <input type="checkbox"/>	

EE	¿En la escuela, recibí en forma gratuita algún tipo de apoyo de computadora o internet... (El/ella utiliza en casa, contesta a un celular)	EE
	o 1 ... de parte de la escuela (computador) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	> 2 ... de parte de familia / amigos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... de parte de la escuela / familia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 4 ... de parte de la escuela / casa (solo para escuela hogar)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 5 ... otro recurso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	> 6 ... distribución? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 7 ... otro dispositivo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

EE	¿Recibí una línea en línea por la tecnología? (El/ella utiliza en casa, contesta a un celular)	EE
	o 1 SI <input type="checkbox"/>	
	> 2 NO <input type="checkbox"/>	

3-3 Filtro 3		
3-3	¿Recibí de Previsión o Seguro de Salud?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3-3	¿Recibí de Previsión o Seguro de Salud?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3-3	¿Recibí de Previsión o Seguro de Salud?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3-3 Filtro 3		

2-2 Bloque No asistió, pero asistió

11.1 ¿Cómo qué nivel eligió a trabajar?	11.2
n/a. No trabajó J. Faltó a la falta de trabajo <input type="checkbox"/> n/a. No a cargo 000	
n/a. No trabajó J. 2008 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/> J. 2009 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/>	
n/a. No trabajó J. 2010 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/> J. 2011 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/>	
n/a. No trabajó J. 2012 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/>	
n/a. No trabajó J. 2013 (1º a 3º año) <input type="checkbox"/> n/a. No a cargo 000	

11.1 ¿Cuál fue el último grado a que se graduó?	11.2
(n/a. No se graduó en un grado, maestría o un doctorado)	
n/a. 0 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 1 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 2 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 3 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 4 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 5 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 6 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 7 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 8 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 9 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 10 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 11 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 12 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 13 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 14 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 15 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 16 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 17 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 18 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 19 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 20 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 21 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 22 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 23 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 24 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 25 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 26 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 27 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 28 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 29 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 30 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 31 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 32 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 33 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 34 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 35 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 36 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 37 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 38 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 39 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 40 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 41 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 42 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 43 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 44 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 45 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 46 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 47 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 48 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 49 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 50 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 51 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 52 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 53 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 54 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 55 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 56 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 57 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 58 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 59 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 60 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 61 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 62 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 63 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 64 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 65 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 66 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 67 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 68 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 69 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 70 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 71 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 72 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 73 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 74 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 75 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 76 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 77 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 78 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 79 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 80 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 81 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 82 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 83 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 84 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 85 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 86 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 87 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 88 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 89 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 90 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 91 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 92 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 93 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 94 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 95 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 96 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 97 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 98 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 99 <input type="checkbox"/> n/a	
n/a. 100 <input type="checkbox"/> n/a	

11.1 ¿La última escuela/trabajo a la que fue era...	11.2
(n/a. No se graduó en un grado, maestría o un doctorado)	
n/a. ... escuela? <input type="checkbox"/>	
n/a. ... de trabajo? <input type="checkbox"/>	
n/a. ... escuela? Otro tipo de escuela? <input type="checkbox"/>	

11.1 ¿La última escuela/trabajo a la que fue era...	11.2
(n/a. No se graduó en un grado, maestría o un doctorado)	
n/a. ... escuela? <input type="checkbox"/>	
n/a. ... escuela? Otro tipo de escuela? <input type="checkbox"/>	

Q14 ¿Qué edad tenía cuando dejaste/trabajaste la escuela al colegio? **Q14**

o/n _____ años.

Q15 ¿Por qué motivo se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? En las, imágenes y marque las opciones que correspondan **Q15**

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n Filtro Q

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n Filtro Q

o/n Bloque Pasaje por la Escuela

! o/n Para los que dejaron o trabajaron solo o primero o con **Q16**

Q16 ¿Cuándo dejaste/trabaja tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio, más de tres años por año? **Q16**

o/n

o/n o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio?

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? No

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? No

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? No

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? No

o/n ¿Se pagaba tarde o no cuando/trabaja nunca faltó a la escuela/colegio? No

12.7 ¿Alguna vez fue a escuelas (escuelas rurales, más de tres días por mes) o al mercado?

Si No

Si No Sí Para el campo 100

¿Por qué...

1. ...acompañó a su padre u otros miembros del hogar al trabajo Sí No

2. ...asistió a las reuniones o a otras personas del hogar Sí No

3. ...hizo los trabajos del hogar (limpiar, lavar la ropa, lavar los platos, etc.) Sí No

4. ...en qualche situación Sí No

5. ...no tenía ganas de ir al escuela Sí No

6. ...debido a cualquier otra cosa Sí No

12.8 ¿Alguna vez fue en un grado de primaria, más de tres veces al mes o en el 1987?

Si No

Si No Sí Para el campo 100

12.9 ¿Alguna vez fue a alguna escuela en un grado de primaria, más de tres veces al mes o en el 1987?

Si No

Si No Sí Para el campo 100

12.10 ¿Qué nivel de escolaridad alcanzó el primer grado de la primaria, más de tres veces al mes o en el 1987?

Si No Sí Para el campo 100



► Para los que existen o existieron 6 Secretarías o Poblaciones

12.11 ¿Alguna vez fue a las escuelas o escuelas rurales, más de tres días por mes?

Si No

Si No Sí Para el campo 100

¿Por qué...

1. ...en qualche situación? Sí No

2. ...acompañó a su padre u otros miembros del hogar al trabajo Sí No

3. ...asistió a las reuniones o a otras personas del hogar Sí No

4. ...hizo los trabajos del hogar (limpiar, lavar la ropa, lavar los platos, etc.) Sí No

5. ...en qualche situación Sí No

6. ...no tenía ganas de ir al escuela Sí No

7. ...debido a cualquier otra cosa Sí No

Figura 4

1987-1990

Q.33 ¿Puede/realiza o intenta (muchas veces, más de tres veces por mes) o lo intenta?

1. Sí No

2. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

3. Porque...

1. ...acompañar a mamá o papá o otro miembro del hogar que lo necesite Sí No

2. ...cuidar a los familiares o a otras personas del hogar Sí No

3. ...hacer las cosas del hogar (cocinar, lavar la ropa, hacer las compras, etc.) Sí No

4. ...el trabajo escolar Sí No

5. ...en los días libres de la escuela Sí No

6. ...de otra forma específica: _____ Sí No

Q.34 ¿Apunta alguna vez un año de la secundaria / del postsecundario (quiero absolutamente o no necesariamente)?

1. Sí No

2. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

Q.35 ¿Algunas veces apunta de año de la secundaria / del postsecundario?

1. Sí No

2. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

Q.36 ¿Quiérait hacer alguna otra actividad importante al terminar año de la secundaria / del postsecundario?

1. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

En el Anexo 3 de Actividades

A.1 ¿Necesariamente (debe alguna de las siguientes actividades)?

1. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

2. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

3. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

4. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

5. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

6. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

7. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

8. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

9. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

10. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

11. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

12. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

13. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

14. Sí No *Ver el capítulo Q.9*

2.3 La semana pasada, ¿hiciste alguna de las siguientes actividades en tu casa?

> = Selecciona la opción que responde a la pregunta

Actividad	Sí	No	¿Cuántas veces hiciste esta actividad?	¿Cuántas veces hiciste esta actividad?							¿Cuántas veces hiciste esta actividad?	
				1	2	3	4	5	6	7		
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez, de qué día se trata?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												
¿Fue el sábado o el domingo cuando hiciste esta actividad por última vez?												

2.2- Filtro 1

- 2-2- **A1** en todas las preguntas de la **A2** _____ >= _____ para a pregunta **A1**
- 2-2- **A1** en alguna opción de la **A2** _____ >= _____ para a pregunta **A1**

en la **Filtro 1**

2.4 La semana pasada, ¿qué así realizando las actividades anteriores? ¿Por cuánto a las respuestas afirmativamente en la pregunta 2.3?

> = Se lee, analiza y marca todas las opciones que corresponden

- > = Sí, padre/madre que trabaja _____
- > = No, pero sí otro miembro que trabaja _____
- > = No, pero sí otro miembro que trabaja _____
- > = Sí, pero que aprende a leer _____
- > = No, pero que aprende a leer _____
- > = Sí, pero que aprende a leer _____
- > = No, pero que aprende a leer _____
- > = Sí, pero que aprende a leer _____
- > = No, pero que aprende a leer _____

2.5 ¿Cuánto tiempo estas actividades, cuánto en tu casa tus padres o otras personas?

- > = Sí, siempre _____
- > = A veces sí y otras veces no _____
- > = No, pero que aprende a leer _____

Figura 4

INDEC / INEDEC

A1**¿Qué actividades...**

v.a. Marque con una x la respuesta a cada ítem

A1

	No		Sí (100%)	
	SI	NO	SI	NO
1.1.1 ... trabajar?				
1.1.2 ... estudiar?				
1.1.3 ... la escuela o universidad?				
1.1.4 ... practicar?				
1.1.5 ... hacer?				
1.1.6 ... ayudar a alguien a hacer algo como un trabajo?				
1.1.7 ... así como voluntariado?				
1.1.8 ... ayudar a alguien para estudiar?				
1.1.9 ... leer revistas?				
1.1.10 ... cualquier otra actividad importante _____				

2.5 Matriz de actividades**A2****¿Realiza alguna de las siguientes actividades?**

v.a. Marque con una x la respuesta

A2

Actividad	No realiza actividad		Sí realiza actividad	
	SI	NO	SI	NO
1.1.1 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, supermercado, restaurante, cafetería, etc.) o ayuda de voluntariado, como el caso del 1.1.7				
1.1.2 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.3 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				
1.1.4 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				
1.1.5 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				
1.1.6 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				
1.1.7 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				
1.1.8 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar (como un voluntario, tienda, etc.)				

A3**¿Realiza alguna de las siguientes actividades?**

v.a. Marque con una x la respuesta

A3

Actividad	No realiza actividad		Sí realiza actividad	
	SI	NO	SI	NO
1.1.1 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.2 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.3 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.4 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.5 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.6 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.7 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				
1.1.8 Ayuda a un negocio (como un negocio familiar, tienda, etc.) para ayudar				

A8 ¿Muestraste orgullo de tus logros como estudiante?
 o r Siempre siempre para hablar a los maestros

A8

ACTIVIDAD	...en general ¿cómo?		...en esta sesión?	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿El esfuerzo o conocimiento que obtuve fue de fácil acceso para mí?				
2. ¿El conocimiento o habilidad que obtuve me ayudó a mejorar mi desempeño?				
3. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi actitud?				
4. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi forma de pensar?				
5. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi forma de actuar?				
6. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi forma de relacionarme con los demás?				
7. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi forma de aprender?				
8. ¿El conocimiento que obtuve me ayudó a mejorar mi forma de relacionarme con los demás?				

A9 ¿Muestraste orgullo de tus actividades por hablar a o con los demás?

A9

o r _____

...en general ¿cómo?		...en esta sesión?	
SI	NO	SI	NO

A10 ¿Muestraste orgullo de tus actividades por hablar a los demás?

A10

o r _____

...en general ¿cómo?		...en esta sesión?	
SI	NO	SI	NO

Atención

! Si el puntaje de la pregunta A8 es menor a 10, se debe considerar el puntaje de la pregunta A12.

! Si el puntaje de la pregunta A9 es menor a 10, se debe considerar el puntaje de la pregunta A13.

! Si el puntaje de la pregunta A10 es menor a 10, se debe considerar el puntaje de la pregunta A14.

A11 ¿Muestraste orgullo de tus actividades por hablar a los demás?
 o r Siempre siempre para hablar a los maestros

A11

o r SI NO

o r SI NO

o r SI NO

o r SI NO

>> Secuencia de caracterización de la actividad de la semana pasada

>> Indicar actividad principal (código preguntas A6 a A10)



A5 ¿Cuál más de sus actividades
desempeñó la semana pasada
indicó a la que dedicó más horas.

[] [] []

A6 Esa actividad, ¿de dónde...

A7

- a) ...ayudando a los padres o otra familia? _____ []
- b) ...por la propia cuenta? _____ []
- c) ...para un negocio? _____ []
- d) ...para desempleo? _____ []

A8

A9

- a) ¿Cuál es el nombre de esa actividad? _____
-
- b) ¿Qué horas trabajó en esa actividad? _____
-
- c) ¿Qué herramientas usó en esa actividad? _____
-

A10 Además, ¿cómo...

A11

- a) a) ... en casa? _____ [] []
- b) b) ... en el trabajo? _____ [] []
- c) c) ... en un negocio? _____ [] []
- d) d) ... en un negocio? _____ [] []
- e) e) ... en un negocio? _____ [] []
- f) f) ... en un negocio? _____ [] []
- g) g) ... en un negocio? _____ [] []
- h) h) ... en un negocio? _____ [] []

A12 ¿En qué se dedicó: en negocio, empresa, finca o institución para
la que trabaja esa actividad?

A13

- a) a) _____
-
-

A.10**¿cómo usamos sus servicios?**

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1-1 ¿En la casa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-2 ¿En otro caso? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-3 ¿En una dirección postal/teléfono/correo electrónico? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-4 ¿En la calle? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-5 ¿En un medio de transporte (tren, colectivo, autobús, etc)? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-6 ¿En otro tipo de lugar (restaurantes, etc)? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

De la Atención**De-2** En sus respuestas SI en la opción 1 por lo menos _____ si o más a respecto del**A.11****¿qué tipo de lugar donde realizan sus actividades?**

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1-1 ¿En casa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-2 ¿En oficinas? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-3 ¿En colegios? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-4 ¿En hospitales? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-5 ¿En centros de rehabilitación? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-6 ¿En otros? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-7 ¿En otros lugares? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-8 ¿En otro modo, cómo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

A.12**¿en cuánto tiempo, cuántas veces al menos cada día o una vez al día?**

¿Cuántas veces al día se realiza?	Frecuencia de veces por día							¿Cuántas veces por semana se realiza?
	Una	Una	Una	Una	Una	Una	Una	
	1	2	3	4	5	6	7	

A.13**¿cómo se realiza?**

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1-1 ... por el médico? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-2 ... por el familiar? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-3 ... por el médico? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

<p>A.20 ¿Hiciste esa actividad principalmente...</p> <p>1.1... para ganar dinero? <input type="checkbox"/></p> <p>1.2... para ayudar a un familiar o amigo familiar? <input type="checkbox"/></p> <p>1.3... porque es la actividad principal? <input type="checkbox"/></p> <p>1.4... para aprender un oficio? <input type="checkbox"/></p> <p>1.5... otra razón (especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>A.20</p>
<p>A.21 En el último mes, ¿ganaste dinero por esa actividad? (aunque te hayan dado el dinero a otra persona)</p> <p>1.1 Sí <input type="checkbox"/></p> <p>1.2 No <input type="checkbox"/></p> <p>1.3 ¿Cuánto? _____</p>	<p>A.21</p> <p>1.1. Para el ítem A.22</p>
<p>A.22 ¿Te dan el dinero a ti?</p> <p>1.1 Sí <input type="checkbox"/></p> <p>1.2 No <input type="checkbox"/></p>	<p>A.22</p> <p>1.1. Para el ítem A.23</p>
<p>A.23 ¿A quién se lo dan?</p> <p>1.1. A sus padres _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. A otros familiares _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. A una persona distinta de la familia _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>A.23</p> <p>1.1. Para el ítem A.24</p>
<p>A.24 ¿En qué cosas te que ganas en esa actividad?</p> <p>1.1. En los salarios y siempre todas las opciones que correspondan</p> <p>1.2. A los pagos _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. A los gastos de comida, vestido, ropa, etc. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.4. Gastos del hogar _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.5. Lo usado o otros ingresos _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.6. Otros _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.7. Otra(s) especificar(s) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p>A.24</p>
<p>A.25 En el último mes, ¿pudiste por realizar esa actividad...</p> <p>1.1... comprar _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1.2... pagar y cobrar? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1.3... recibir o usar para otros? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>1.4... otros (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>A.25</p>

En la Filtro 0

En la rusa 14 años 0.0 para a pregunta **A17** **0**

En la rusa 14 y 17 años 0.0 para a pregunta **A18** **0**

En la Filtro 0

A17 **En una actividad, cómo...:**

A18

1-1 ... escuchas? Sí No

1-2 ... aprendes? Sí No

1-3 ... otros cosas? Sí No

1-4 ... aparte (distinto)? Sí No

1-5 ... escritura por reglas de trabajo? Sí No

1-6 ... información por diseño? Sí No

1-7 ... otras actividades? (especificar) Sí No

A17 **En vez de hacer algunas preguntas más relacionadas con una actividad:**

A18

¿Qué otras cosas sabes para ayudar en la respuesta?

1-1 ¿de qué tipo de que hacer? Sí No

1-2 ¿de cómo? Sí No

1-3 ¿de dónde? Sí No

1-4 ¿de qué tipo de personas? Sí No

1-5 ¿de qué tipo de cosas? Sí No

1-6 ¿de qué tipo de actividades? Sí No

1-7 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

1-8 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

1-9 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

1-10 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

1-11 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

1-12 ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

A17 **En el lugar donde tú estás una actividad...:**

A18

1-1 ... ¿de qué tipo de cosas? Sí No

1-2 ... ¿de qué tipo de cosas? Sí No

1-3 ... ¿de qué tipo de cosas? Sí No

1-4 ... ¿de qué tipo de cosas? Sí No

1-5 ... ¿de qué tipo de cosas que son importantes? Sí No

RESPUESTA:

A.33 ¿Pueden existir sus problemas... **A.33**

- a) ... debido al maltrato al ser niño/a, adolescente, pariente/a?
 - b) ... debido a algún que no era maltrato, ni violencia, ni pariente/a?
 - c) ... durante o cuando vivía con su pareja?
 - d) ... debido a su caso? (especificar)
 - e) ... ha sufrido nada
- Ver Foto o página 449

A.34 Si usted/a es/a un/a pariente/a que lo/a atiende, ¿le/a costó remediarlo? **A.34**

- a) Sí
 - b) No
- Ver Foto o página 450

A.35 ¿Compartió/a con quien lo/a atiende que lo/a atiende? **A.35**

- a) Sí
 - b) No
- Ver Foto o página 450

A.36 ¿Se preocupó/a de comprar los remedios porque... **A.36**

- a) ... está enfermo/a para comprarlo?
- b) ... los médicos le dicen?
- c) ... los médicos dicen?
- d) Otra razón (especificar)

A.37 Si usted/a es/a un/a pariente/a que lo/a atiende ¿se acordó/a cuando a hacer análisis/exámenes? **A.37**

- a) Sí
 - b) No
- Ver Foto o página 451

A.38 ¿Atendió los análisis/exámenes que le indicó? **A.38**

- a) Sí
 - b) No
- Ver Foto o página 451

A.39 ¿Se los indicó porque... **A.39**

- a) ... está enfermo/a para hacerlos?
- b) ... no tenía tiempo?
- c) ... no le costó importante?
- d) Otra razón (especificar)

A39 ¿El ambiente/entorno físico donde que te atiendí los días anteriores? **A39**

Si No

Si No

A40 Después de este proceso de salud... **A40**

Si No Si No

Si No Si No

En la Filtro 3'

2-2- Para quienes sólo realizaron actividades en la semana pasada _____, ir a... para a pregunta A42

2-2- Para quienes realizaron actividades en la semana pasada y en el año pasado, ir a... para a pregunta A41

En la Filtro 3'

A41 La actividad principal de la semana pasada es la misma que la del año pasado? **A41**

Si No Si No

Si No Si No

2-2- Secuencia de caracterización de la actividad del año pasado

2-2- Analizar actividad principal (código preguntas A8 a A33)

A42 ¿Has realizado ya actividades físicas recreativas durante el año pasado, (de hecho)... **A42**

Si No Si No

Si No Si No

Si No Si No

Si No Si No

Q40 ¿Se acuerda de cómo se sentía?

Si ¿Qué cosas hizo en esa actividad?

Si ¿Qué sentimientos vivió por dentro?

Q41 ¿A qué se dedicaba el negocio, empresa, firma o institución para la que trabajó esa actividad?

Si

Q42 ¿Cómo trabajó esa actividad?

Si En su casa

Si En una casa

Si En una habitación/compartimiento

Si En calle

Si En un medio de transporte (bus, colectivo, auto, etc.)

Si En otro lugar (especificar)

Q43 ¿Una actividad le hacía más un tiempo de entretenimiento, de compañía de familia, durante sus vacaciones?

Si Si

Q44 ¿Qué actividad le hacía...

Si ... durante menos de 1 mes?

Si ... de 1 a 3 meses?

Si ... de 4 a 6 meses?

Si ... durante más de 6 meses?

Q45 En el último mes que hizo esa actividad, ¿cuántos días le faltó? (especifique)

Si días.

Q46 ¿Hizo esa actividad principalmente...

Si ... para ganar dinero?

Si ... para ayudar a un familiar o alguien cercano?

Si ... porque no le faltaba trabajo?

Si ... para aprender un oficio?

Si ... por otros motivos?

(Especifique)

A.00		A.01	
En el lugar donde vive usted sus actividades:			
1) ¿Hace clases, tareas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2) ¿Hap por los?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3) ¿Hap para los?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4) ¿Hap mucho para?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
5) ¿A cómo era estudiante que le enseñan?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ingeniería _____			

A.02		A.03	
¿Algunas veces por sus actividades (aunque le hayan dado el título a otra persona)?			
1) Sí	<input type="checkbox"/>		
2) No	<input type="checkbox"/>		
¿Alguna vez que haya sido alumno en un curso de ingeniería? _____			

A.04		A.05	
¿Se alista al ejército a usted?			
1) Sí	<input type="checkbox"/>		
2) No	<input type="checkbox"/>		
1			

A.06		A.07	
¿A quién se le alista?			
1) Sí, me, mi esposa y mis hijos todos los que corresponden			
1) A los padres	<input type="checkbox"/>	2) Sí, pero a algunos de ellos	
2) A otros familiares	<input type="checkbox"/>		
3) A una persona distinta de la familia	<input type="checkbox"/>		

A.08		A.09	
¿En qué escuela se le que enseñan en sus actividades?			
1) Sí, me, mi esposa y mis hijos todos los que corresponden			
1) 1. Escuela, colegio, instituto, etc.	<input type="checkbox"/>		
2) 2. El colegio de la familia, escuela, etc.	<input type="checkbox"/>		
3) 3. Escuela del hogar	<input type="checkbox"/>		
4) 4. La escuela de otros lugares	<input type="checkbox"/>		
5) 5. Otra	<input type="checkbox"/>		
6) 6. Otros	<input type="checkbox"/>		
Ingeniería _____			

A.10		A.11	
¿Algunas veces por realizar sus actividades?			
1) Sí	<input type="checkbox"/>		
2) No	<input type="checkbox"/>		
3) Sí, pero a algunos de ellos	<input type="checkbox"/>		
4) No	<input type="checkbox"/>		

En la Parte B

De 2- Marque 23 años _____ y 2- _____ para el programa **ABT** *17*
 De 2- Entre 24 y 27 años _____ o 2- _____ para el programa **ABT** *17*

De 2- Parte B

480 En una actividad, ¿crees...

- 1-1 ... enseñar? SI NO
- 2-1 ... aprender? SI NO
- 3-1 ... otra gente? SI NO
- 4-1 ... cosas interesantes? SI NO
- 5-1 ... aprender por ejemplo de trabajo? SI NO
- 6-1 ... información por ejemplo? SI NO
- 7-1 ... otras cosas como hobbies? SI NO

481 ¿Qué edad tienes cuando hiciste la primer actividad por la que te graduaron o por la que ganaste un diploma o premio?

1-1 _____ años

482 ¿Qué te gustaría hacer cuando cumplas 28 años?

1-1 Si uno de los otros respuestas, marcar "según para quien o la institución"

- 1-1 Sólo estudiar
- 2-1 Sólo trabajar
- 3-1 Sólo trabajar a los 25 años o más
- 4-1 Sólo estudiar o trabajar o más cosas
- 5-1 Trabajar y estudiar
- 6-1 Trabajar y hacer las actividades domésticas
- 7-1 Estudiar y hacer las actividades domésticas
- 8-1 No hacer nada

Fin del cuestionario

! a completar por el encuestado

	Fecha	Firma	Institución
1-1 Participación de ustedes en la encuesta			

1.2.3.2. Estudio Nacional Sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas ENCOSP - 2004

El Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004 es un programa de trabajo llevado adelante conjuntamente por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación (SEDRONAR) con financiamiento conjunto de la SEDRONAR y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Objetivo

El Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas es un Estudio Nacional sobre problemas de salud en la población que indaga acerca de las características de las viviendas, los hogares, las personas y también sobre conductas habituales relacionadas con la salud.

Los objetivos principales de dicho estudio corresponden a conocer la extensión y las características del consumo de sustancias psicoactivas en la población entre los 12 y 65 años cumplidos para:

- Estimar la prevalencia (cantidad de casos positivos – nuevos y viejos -) e incidencia (cantidad de casos positivos nuevos) del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, bebidas alcohólicas, marihuana, estimulantes, sedantes, otros medicamentos, opiáceos y anestésicos, cocaína, éxtasis, alucinógenos, inhalables y otras drogas).
- Determinar el perfil de la población consumidora entre 12 y 65 años, a través de sus características sociodemográficas, educativas, económicas y del entorno familiar y social.

Diseño y Selección de las Muestras de Viviendas

La muestra de la Encuesta Definitiva se diseñó para cubrir todos los aglomerados del país de 100 mil y más habitantes de acuerdo a lo solicitado por la SEDRONAR, teniendo en cuenta los tres dominios de información mencionados anteriormente. Para la selección de esta muestra se utilizó el Marco de Muestreo Nacional Urbano (MMNU) del INDEC.

La muestra comprendió un total de aproximadamente 7.650 viviendas, que fueron seleccionadas en dos modalidades diferentes:

- a) En los 30 aglomerados urbanos del interior y los 4 estratos más altos del aglomerado Gran Buenos Aires se basó en un diseño muestral estratificado con dos etapas de selección: en la primera etapa se seleccionaron áreas conformadas sobre la base de radios censales y en la segunda etapa se seleccionaron 8 viviendas distribuidas en cada UPE.
- b) En los dos estratos más bajos del Gran Buenos Aires se utilizó también un diseño muestral estratificado, con dos etapas de selección a partir del MMNU. Pero aquí, en cada área o UPE, se seleccionaron dos segmentos compactos de 8 viviendas cada uno, es decir, se visitaron 16 viviendas en cada área seleccionada.

Población Objetivo

La población objetivo comprende las personas con edades entre 12 y 65 años que residen en viviendas particulares en las localidades de 100.000 y más habitantes según datos del Censo Nacional de Viviendas, Hogares y Población realizado en el año 2001.

Al interior de este grupo poblacional, se consideraron dos subpoblaciones de estudio: personas de 12 a 15 años de edad y de 16 a 65 años.

Originalmente se pensó encuestar solo una persona por hogar comprendida en el tramo de edad entre 12 y 65 años. Finalmente, y luego de sucesivas propuestas por parte de los equipos técnicos, se decidió que en caso de que se encontrara en el hogar al menos un individuo de entre 12 y 15 años y al menos otro de entre 16 y 65 años, se encuestaría un individuo por cada tramo de edad.

Dominios de Análisis

Se consideraron 3 dominios de estimación geográfica, según el tamaño de los aglomerados, definidos estos en función de los resultados del Censo 2001:

1. Aglomerado de más de 1.500.000 de habitantes (aglomerado Gran Buenos Aires, que comprende la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del conurbano bonaerense);
2. Conjunto de aglomerados con más de 500.000 y menos de 1.500.000 de habitantes;
3. Conjunto de aglomerados con más de 100.000 y menos de 500.000 de habitantes.

Asignación de los Tamaños de Muestra

Los supuestos considerados para el cálculo de los tamaños de muestra fueron:

- efecto de diseño igual a 2;
- porcentaje de viviendas sin respuesta del 50% (basado en la encuesta piloto del año 1997);
- porcentaje de hogares con al menos una persona dentro del rango de edad de la población objetivo, mayor al 93%.

DOMINIOS DE ESTIMACIÓN Y LOCALIDADES INCLUIDAS

Dominio	Aglomerado	Total del dominio
Gran Buenos Aires	Gran Buenos Aires	3600
Más de 500.000 y menos de 1.500.000 habitantes	Gran Córdoba Gran Rosario Gran Mendoza Gran San M. de Tucumán-Tafí Viejo Gran La Plata Mar del Plata y Batán	2008
Más de 100.000 y menos de 500.000 habitantes	Gran Salta Gran Santa Fe Gran San Juan Gran Resistencia S. del Estero-La Banda Corrientes Neuquén-Plottier-Cipolletti Posadas G. S. Salvador de Jujuy Bahía Blanca Gran Paraná Formosa Catamarca San Luis-Juana Koslay Gran Río Cuarto La Rioja Concordia Comodoro Rivadavia San Nicolás Rawson-Trelew San Rafael Santa Rosa-Toay Tandil Ushuaia-Río Grande	2104
Total		7718

Se pretendió poder estimar bajo los siguientes supuestos:

- Para el conjunto de las viviendas seleccionadas: sucesos dentro de la población objetivo cuyas proporciones constituyan el 2% o más, con errores absolutos no mayores del 2% y un nivel de confianza del 95%.
- Para cada uno de los dominios de estimación: sucesos dentro de la población objetivo cuyas proporciones representen el 2% o más, con errores absolutos menores del 4% y un nivel de confianza del 95%.
- En el dominio 2 se ha mantenido el tamaño que le hubiera correspondido con una asignación proporcional a la cantidad de habitantes.

Trabajo de Campo

En las ciudades de menor tamaño (dominio 3), en algunos casos, para obtener un mínimo de 2000 viviendas en los dominios menores, se les ha asignado cantidades algo mayores a las que les correspondería en una asignación proporcional, restándole muestra al dominio de estimación 1.

DIRECCIONES PROVINCIALES DE ESTADÍSTICA QUE PARTICIPARON DEL RELEVAMIENTO:

1. Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de BUENOS AIRES
2. Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de CATAMARCA
3. Dirección de Estadística y Censos de la Provincia del CHACO
4. Dirección de Estadística y Censos de la Provincia del CHUBUT
5. Gerencia de Estadística y Censos de la Provincia de CORDOBA
6. Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de CORRIENTES
7. Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de ENTRE RIOS
8. Dirección de Estadística, Censos y Documentación de la Provincia de FORMOSA
9. Dirección Provincial de Planeamiento, Estadística y Censos de la Provincia de JUJUY
10. Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de LA PAMPA
11. Dirección de Estadística de la Provincia de LA RIOJA
12. Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de MENDOZA
13. Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de MISIONES
14. Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia del NEUQUEN
15. Dirección General de Estadísticas de la Provincia de SALTA
16. Instituto de Investigaciones Económicas y Estadísticas de la Provincia de SAN JUAN
17. Subprograma de Estadísticas y Censos de la Provincia de SAN LUÍS
18. Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de SANTA FE
19. Dirección Gral. de Estadística y Censos de la Provincia de SANTIAGO DE LEOSTERO
20. Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de TIERRA DEL FUEGO
21. Dirección de Estadística de la Provincia de TUCUMÁN

Fecha de Campo

El relevamiento definitivo se realizó entre los meses de junio y julio; comenzando aproximadamente entre el viernes 18 y el martes 22 de junio en la gran mayoría de los aglomerados y culminando en la mayoría de los aglomerados medianos el lunes 19 de julio de 2004.

Principales Actividades

■ Capacitación

La capacitación a coordinadores locales (de cada uno de los 31 aglomerados urbanos) se realizó los días 10 y 11 de junio de 2004 en la Ciudad de Buenos Aires.

Se elaboraron tres manuales. Uno para los/as coordinadores/as de campo, un segundo para los/as encuestadores/as y un anexo para el trabajo de campo.

Estos manuales fueron desarrollados conjuntamente entre los equipos del INDEC y de la SEDRONAR, manteniendo cada equipo primacía técnica en las temáticas específicas: el INDEC respecto de la temática de encuestas a hogares y la SEDRONAR respecto del consumo de sustancias psicoactivas.

■ Evaluación

Se realizaron actividades de evaluación en el marco de talleres a nivel de cada una de las Direcciones Provinciales de Estadística.

Resultados

De acuerdo al convenio firmado entre el INDEC y la SEDRONAR la difusión de los datos será realizada en primera instancia por la SEDRONAR.

Algunos cuadros fueron publicados en el Anuario Estadístico 2005 del INDEC.

Por el momento, cualquier otra información de resultados del ENCoSP-2004 debe ser solicitada a:

Observatorio Argentino de Drogas

Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación (SEDRONAR)

Sarmiento 546 – 1er. piso

1332 - Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 4320-1232

E-mail: observatorio@sedronar.gov.ar

Internet: www.sedronar.gov.ar

Una vez que los resultados definitivos estén disponibles serán publicados en la página web del Indec: www.indec.mecon.gov.ar



Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y RESUMEN • Ser. Nº. 12.02

CUESTIONARIO DEL HOGAR

1. IDENTIFICACIÓN

Gracias a usted por su colaboración.

Departamento	Municipio	Código de PUE	Nº de casa	Vivienda Nº	Hogar Nº	Personas (incl. usted)

Apellidos: _____

Localidad: _____

TELÉFONO FAMILIAR

2. UBICACIÓN

Nº de casa	Edif. (no)	Edif. (sí)	Calle	Manz. (sí)	Bar.	Dist. (no)	Dist. (sí)	Nº de personas	Comunidad

Encuestador: _____

Encuestado: _____

3. FRECUENCIA DE VISITAS AL HOGAR (en)

Nº de visitas	Frec.	Sexo	Residencia
1			
2			
3			

4. MOTIVO DE SU VISITA (en)

Invitados	<input type="checkbox"/>	para el trabajo	<input type="checkbox"/>	de ocio y tiempo libre	<input type="checkbox"/>	relacionados con el sistema de servicios	<input type="checkbox"/>	de otras personas	<input type="checkbox"/>
Trabajos	<input type="checkbox"/>	por asuntos	<input type="checkbox"/>	de servicios	<input type="checkbox"/>	Levantada	<input type="checkbox"/>	Teniente	<input type="checkbox"/>
¿Cómo se dio a conocer su nombre?									
Fin de semana	<input type="checkbox"/>	de la semana	<input type="checkbox"/>	del mes	<input type="checkbox"/>	del año	<input type="checkbox"/>		
Conocimiento	<input type="checkbox"/>	de una invitación	<input type="checkbox"/>	Conocimiento personal	<input type="checkbox"/>	Relación	<input type="checkbox"/>		
Relación especial (pareja, matrimonio, etc.)	<input type="checkbox"/>	Relación especial (pareja, matrimonio, etc.):							
Invitados en el trabajo	<input type="checkbox"/>	de modo regular	<input type="checkbox"/>	por el trabajo	<input type="checkbox"/>				
Motivos	<input type="checkbox"/>	de un modo regular	<input type="checkbox"/>	de otros motivos	<input type="checkbox"/>	Hijos	<input type="checkbox"/>	relacionados	<input type="checkbox"/>
Motivos	<input type="checkbox"/>	Relacionados	<input type="checkbox"/>	Relacionados con otros motivos	<input type="checkbox"/>	de personas invitadas que no se conocen	<input type="checkbox"/>		
OTROS MOTIVOS	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Relacionados, después de otros, de otros motivos	<input type="checkbox"/>	PRESENTE DE MOTIVOS	<input type="checkbox"/>	Relacionados (relacionados con otros)	

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: _____

ENCUESTADOR (en letra)

ENCUESTADO (en letra)

Educación				
11	12	13	14	15
<p>¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?</p> <p>Nivel escolar</p> <p>1. Jardín/Preescolar 2. Primaria 3. I.C.B. 4. Secundaria 5. Politécnico 6. Técnico 7. Universitario 8. Magisterio universitario 9. Educación superior</p>	<p>¿Finalizó ese nivel?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/> ¿Qué año? <input type="text"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Cuál fue el último grado/ año que cursó?</p> <p>Nivel escolar</p> <p>0. Ninguno 1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Cuarta 6. Quinta 7. Sexto 8. Séptimo 9. Octavo 10. Noveno 11. Décimo</p>	<p>¿Qué aprendió en...?</p> <p>1. Un curso de formación en idiomas? 2. Un curso de nivel superior o medio? 3. Otro curso escolar? 4. Un curso o curso público? 5. No está relacionado a nada 6. Otro</p>	<p>¿Actualmente está...?</p> <p>1. ... estudiando? 2. ... trabajando? 3. ... capacitándose? 4. ... desempleado? 5. ... buscando? 6. ... retirado?</p>

2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (30)

<p>1 Tipo de vivienda (¿cómo se construyó?)</p> <p>Casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ¿Qué año? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Casita <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ¿Qué año? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Departamento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ¿Qué año? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otro tipo de vivienda <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> ¿Qué año? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 8</p>	<p>1 ¿Lleva agua a través de ...?</p> <p>-- del pueblo (agua corriente)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- perforado con bomba a motor? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- perforado con bomba manual? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- agua a pie? <input type="checkbox"/> 4</p> <p>-- otra fuente artesiana <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>2 ¿Tiene baño o latrín?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 ¿Qué año? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>2 ¿Tiene baño o latrín?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>3 ¿Cuenta con un sistema permanente de sus paredes?</p> <p>Yeso, cemento, ladrillo, mármol, mármol o albero <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Madera o barro tipo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Barro o barro cocido <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otro (aportado) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>3 ¿El baño, ¿tiene ladrillo con ladrillo o cemento y arcos de agua?*</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>4 ¿Tiene agua...</p> <p>-- por cañón desde la vivienda? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- tubo de la vivienda (por dentro del hogar)? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- tubo del terreno? <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>4 ¿El baño, ¿tiene ladrillo con ladrillo o cemento y arcos de agua?*</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>5 ¿Tiene agua...</p> <p>-- a un pozo (casero)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- a cámara cisterna o pozo super? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- otro a pozo super? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- a tubo, conectado con tubería? <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>5 ¿El baño, ¿tiene ladrillo con ladrillo o cemento y arcos de agua?*</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>6 ¿Tiene agua...</p> <p>-- a un pozo (casero)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- a cámara cisterna o pozo super? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- otro a pozo super? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- a tubo, conectado con tubería? <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>6 ¿Tiene agua...</p> <p>-- a un pozo (casero)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- a cámara cisterna o pozo super? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- otro a pozo super? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- a tubo, conectado con tubería? <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>7 ¿Tiene agua...</p> <p>-- a un pozo (casero)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- a cámara cisterna o pozo super? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- otro a pozo super? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- a tubo, conectado con tubería? <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>7 ¿Tiene agua...</p> <p>-- a un pozo (casero)? <input type="checkbox"/> 1</p> <p>-- a cámara cisterna o pozo super? <input type="checkbox"/> 2</p> <p>-- otro a pozo super? <input type="checkbox"/> 3</p> <p>-- a tubo, conectado con tubería? <input type="checkbox"/> 4</p>

B. INGRESOS (150)

1. ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilación, pensiones, rentas, ingresos del negocio, venta, etc. del patrimonio, etc.)

Moneda: No/No

Sin ingresos

2. ¿Cuántos ingresos adicionales recibe el hogar? (Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilación, rentas, ingresos del negocio, venta, etc. del patrimonio, etc.)

1 a 200	1	200 a 500	7	5.000 a 6.000	13
200 a 300	2	500 a 600	8	6.000 a 7.000	14
300 a 400	3	600 a 700	9	7.000 a 8.000	15
400 a 500	4	700 a 800	10	8.000 a 9.000	16
500 a 600	5	800 a 900	11	9.000 a 10.000	17
600 a 700	6	900 a 1.000	12	10.000 y más	18

No/No

Atención: Si la persona entrevistada es el jefe del hogar para el propósito de esta encuesta, debe indicar el ingreso total del hogar y no el suyo personal.

C. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE (150)

1. ¿En la semana pasada, trabajó por su cuenta o a sueldo? (Incluya los meses de vacaciones)

Si No (No trabajó en la semana)

2. ¿En esta semana, hizo alguna compra, recibió algo por vender, o prestó o fue prestado algo en su negocio?

Si No (No trabajó en la semana)

3. ¿La semana pasada...

... no dormió/duerme/ha estado despierto? (No/No)

... no trabajó/ha estado trabajando? (No/No)

... no tuvo productividad? (No/No)

... tenía un trabajador al que no controla?

4. ¿Durante esta semana, realizó alguna actividad particular, pero no trabajó para su negocio o para su cuenta?

Si No (No trabajó en la semana)

5. ¿Durante esta semana, no trabajó porque...

... está recuperándose?

... no tiene trabajo disponible?

... no tiene de hacer trabajo?

... está poco saludable o está en el extranjero?

... por otros razones? (Especificar)

6. ¿En esta semana por...

... vacaciones, licencia, enfermedad, accidente, etc.?

... otras personas? (Padre, familia, etc.)

... productividad baja?

... enfermedad o lesión?

... otros cosas laborales y controló la cuenta en un mes?

... otras cosas laborales y controló en más de un mes?

7. ¿En la semana principal por temas de su negocio...

... para su propio negocio/compra/venta?

... como agente o empleado para un negocio/compra/venta? (Incluya agente de seguros)

... como agente doméstico?

... como trabajador familiar no pagado?

8. ¿En su negocio/compra/venta, ¿realizó un negocio personal adicional?

Si No

9. ¿En los últimos 12 meses, realizó alguna actividad de alguna manera?

Si No (No trabajó en la semana)

10. ¿Cuál es el nombre de su compañía?

COMENTARIOS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004

ESTADÍSTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS - 2004 - 1000

CUESTIONARIO INDIVIDUAL (12 a 15 años)

1. IDENTIFICACIÓN (O)

Código de Municipio	Código de Barrio	Código de Calle	No. de Casa	Municipio	País	Fecha de Entrevista

ENTREVISTA INDIVIDUAL



2. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (M)

ORDEN N°	FECHA	DÍA	DESCRIPCIÓN
1			
2			
3			

Método de su respuesta

- A través de memoria
 Revisando
 Otros datos (especificar) _____

Entrevistador: _____

Supervisor: _____

3. EXPOSICIÓN Y ACTIVIDADES (M)

Opciones en el cuestionario del hogar, si la persona seleccionada reside a la escuela. En caso de no residir en la institución, indique las siguientes propuestas:

- 1. ¿Cuál fue el principal motivo por el que no ingresó a estudiar?**
- Estudiar me resultaba difícil 1
 - No me gustaban los temas 2
 - Temas que repetía en el aula 3
 - No conseguía un cupo 4
 - No podíamos pagar los estudios 5
 - Recomendación/quería trabajar 6
 - Temas profanos de aula 7
 - En la escuela/curso había problemas de violencia 8
 - No estábamos interesados 9
 - Otro, cuál? _____ 10

- 2. Participación en cursos:**
 Pregunta de la encuesta anterior a través algún curso?
- Sí No
 Si, ¿qué tipo de curso? _____

3. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza? (Responda todas)

- ... Ver a amigos 1
- ... Ver al cine/teatro 2
- ... Ver a familiares 3
- ... Hacer deportes 4
- ... Ver a la iglesia 5
- ... Me juntó con los amigos en la calle 6
- ... Leer libros 7
- ... Escuchar música 8
- ... Me juntó en la casa con otros niños 9
- ... Hacer actividades 10
- ... Jugó en la computadora o le comió a internet en su casa 11
- ... Jugó en la computadora o le comió a internet fuera de su casa 12
- ... Hacer algún taller o curso 13
- ... Cursó o fue participante o le siguió otro curso en la casa 14
- ... Hacer o asistir a hacer los trámites del hogar 15
- ... Otras (especificar) _____ 16

4. SITUACIÓN LABORAL (34)

Se quiere conocer qué actividades realiza el sujeto durante:

1. En la semana pasada:

... ¿pasó más de la mitad de los días de un trabajador a campo?

... ¿hiciste alguna actividad con los cuerdos para ganar dinero?

... ¿hiciste algún trabajo como empleado o aprendiz?

Nunca de los tres

5. HÁBITOS DE CONSUMO (100)

1. ¿Cuántas veces te pones una que fumaste regularmente?

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca te fumaste

Nunca

2. ¿Qué edad tienes cuando fumaste regularmente por primera vez?

Edad

Nunca

3. ¿Cuántas veces te pones una que fumaste en regularidad?

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca

4. ¿Cuántas cigarrillos al día fumaste en los últimos 30 días?

Cantidad de cigarrillos al día

Nunca

5. ¿Cuántas veces te pones una que consumiste líquidos alcohólicos, por ejemplo vino, cerveza o sidra?

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca te fumaste

Nunca

6. ¿Qué edad tienes cuando consumiste por primera vez bebidas alcohólicas?

	Edad	Nunca	Nunca
Cerveza	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky- Sidra	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. FUMAR UN CIGARRILLO AL DÍA

7. ¿Cuál fue la mayor cantidad de bebidas que tomaste en una sola ocasión?

(Responde en litros)

Una lata de cerveza

Un vaso de vino

Un trago, pero a menudo con whisky, whisky y cerveza

Una o cinco latas de cerveza

Una o cinco vasos de vino

Una o cinco tragos, sólo o mezclados con whisky, whisky o cerveza

Una lata de cerveza plus whisky o más

Una botella de vino (un litro) o más

Una traga, sólo o mezclada con whisky, whisky o cerveza o más

Nunca

8. ¿Cuántas al último año fumaste con regularidad...

... con todos los días?

... 3 de 4 días a la semana?

... 1 de 2 días a la semana?

... de 1 a 3 días al mes?

... nunca en una vez al mes?

Nunca

9. ¿Fumaste los últimos tres que consumiste bebidas alcohólicas?

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca

10. Bebidas

Algunas de las cosas que se hacen que se hacen en los hogares, en una, es que los fumadores con los fumadores de los fumadores que hacen consumidos profundos, porque todo hay que una vez en tu vida, de otro, las bebidas con los fumadores de los que nunca fumaste de si quieres probar una vez.

Para una encuesta para una encuesta, entre los fumadores con los fumadores de los fumadores para fumar una vez en tu vida, de otro, las bebidas con los fumadores de los que nunca fumaste de si quieres probar una vez.

	Si	No	Nunca
1. Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cerveza y Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cerveza y Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cerveza y Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cerveza y Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Whisky/Whisky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responde siempre con una vez, una vez, una vez

1. FUMAR UN CIGARRILLO AL DÍA

LAS PREGUNTAS DISTINTAS SE COMPLETAN PARA CADA UNA DE LAS OBRAS QUE EL/LLA ENTREVISTADO/A SELECCIONÓ CON LAS TABLETAS

11. ¿Cuánto consumió por primera vez...

	1. No consume	2. Consumo mínimo	3. Consumo bajo	4. Consumo medio	5. Consumo alto	6. Consumo muy alto	7. Consumo excesivo	8. Consumo excesivo	9. Consumo excesivo	10. Consumo excesivo
... cuando las últimas 30 días	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
... más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
... más de un año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Siempre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

12. ¿Que edad tenía cuando consumió por primera vez...

	1. Menor de 10 años	2. Entre 10 y 14 años	3. Entre 15 y 19 años	4. Entre 20 y 24 años	5. Entre 25 y 29 años	6. Entre 30 y 34 años	7. Entre 35 y 39 años	8. Entre 40 y 44 años	9. Entre 45 y 49 años	10. 50 años o más
Siempre	<input type="checkbox"/>									
Siempre	<input type="checkbox"/>									

13. ¿Cuánto fue la última vez que consumió...

	1. No consume	2. Consumo mínimo	3. Consumo bajo	4. Consumo medio	5. Consumo alto	6. Consumo muy alto	7. Consumo excesivo	8. Consumo excesivo	9. Consumo excesivo	10. Consumo excesivo
... cuando las últimas 30 días	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
... más de un mes, pero menos de un año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
... más de un año	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Siempre	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

14. Alguien siempre consume, o consume alguna de estas sustancias?

Si 1 No 2 Siempre 3

Si 1 No 2 Siempre 3

→ **15. ¿Cuánto consumió por primera vez...**

15. Alguien siempre consume, o consume alguna de estas sustancias?

Si 1 No 2 Siempre 3

Si 1 No 2 Siempre 3

→ **16. ¿Cuánto consumió por primera vez...**

ENTREVISTADO/A: _____

INDEC

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS
Av. Presidente Julio A. Roca 615
1067 CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - REPÚBLICA ARGENTINA

Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004

CARACTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

CUESTIONARIO INDIVIDUAL (16 a 65 años)

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Código de aglomerado	Código de localidad	Código de área	N° en el listado	Vivienda n°	Hogar n°	Persona entrevistada

Encuestador:

Entrevista realizada

1 2
 Si No

Supervisor:

2. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 ¿En la semana pasada, _____ trabajó por lo menos una hora? *(sin contar las tareas de su hogar)*

Si 1 No 2

pase a preg. 8

6 ¿Durante esos 30 días consultó amigos/parientes, puso carteles hizo algo para ponerse por su cuenta?

Si 1 No 2

pase a capítulo Tabaco

2 ¿En esa semana, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Si 1 No 2

pase a preg. 8

7 ¿Durante esos 30 días, no buscó trabajo porque...

... está suspendido? 1

... ya tiene trabajo asegurado? 2

... se cansó de buscar trabajo? 3

... hay poco trabajo en esta época del año? 4

... por otras razones? *(especificar)*

..... 5

pase a capítulo Tabaco

3 ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 **pase a capítulo Tabaco**

... no tenía/no conseguía trabajo? 2 **a preg. 5**

... no tuvo pedidos/clientes? 3

... tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 4

4 ¿No concurrió por...

... vacaciones, licencia? *(enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.)* 1 **a preg. 8**

... causas personales? *(viajes, trámites, etc.)* 2

... huelga/conflicto laboral? 3

... suspensión con pago? 4

... suspensión sin pago? 5 **a preg. 5**

... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 **a preg. 8**

... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 **a preg. 5**

8 ¿En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas) _____ trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad? 1 **a preg. 9**

... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución (incluye agencia de empleo)? 2 **a preg. 10**

... como servicio doméstico? 3

... como trabajador familiar sin pago? 4

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Si 1 No 2

pase a capítulo Tabaco

9 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Si 1 No 2

10 ¿Cuál es el nombre de su ocupación?

.....

.....

Questionario individual 16 a 65 años

Estrictamente confidencial y reservado **1**

3. TABACO (TA)

1 Ahora voy a preguntarle sobre el consumo de tabaco. ¿Cuándo fue la primera vez que fumó cigarrillos?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Nunca ha fumado 4 → *pase a capítulo bebidas alcohólicas*
 Ns/nc 9

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó cigarrillos por primera vez?

Edad Ns/nc 99

3 ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarrillo?

- Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3 } *a preg. 5*
 Ns/nc 9

4 Durante los últimos 30 días, ¿fumó todos los días?

- Si 1 → Cuántos al día? *a preg. 6*
 No 2
 Ns/nc 9

5 ¿Alguna vez Ud. fumó cigarrillos todos los días durante un mes o más?

- Si 1 No 2 *pase a cap. bebidas alcohólicas* Ns/nc 9

6 ¿Cuántos cigarrillos fumó diariamente durante el período en que más fumó?

Ns/nc 99

7 ¿Qué edad tenía en ese momento?

Edad Ns/nc 99

8 La última vez que fumó diariamente ¿Cuántos cigarrillos fumaba por día?

Ns/nc 99

9 ¿Qué edad tenía la última vez que fumó diariamente esa cantidad?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Alguna vez sintió un deseo o una necesidad tan fuerte de fumar que no pudo evitar hacerlo?

- Si 1 No 2 Ns/nc 9

11 ¿A menudo ha tenido períodos en los que fumó en mayor cantidad de lo que se proponía?

- Si 1 No Ns/nc 9

12 ¿Alguna vez, durante un mes, pudo suspender o disminuir la cantidad de cigarrillos que fumaba?

- ... Sí 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3 } *a preg. 14*
 Ns/nc 9

13 ¿En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución de los cigarrillos que fumaba...

- | | Sí | No | Ns/nc |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 ... sintió ansiedad por fumar? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 2 ... se puso irritable? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 3 ... se puso nervioso? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 4 ... tuvo problemas para concentrarse? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 5 ... tuvo dolores de cabeza? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 6 ... tuvo somnolencia? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |
| 7 ... tuvo molestias de estómago? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 9 |

14 ¿El uso de tabaco le causó algún problema de salud como tos, problemas de corazón, pulmón o presión arterial?

- Si 1 No 2 *pase a cap. bebidas alcohólicas* Ns/nc 9

15 ¿Continuó fumando aún después de saber que le causaba problemas de salud?

- Si 1 No 2 Ns/nc 9

4. BEBIDAS ALCOHÓLICAS (BA)

1 ¿Cuándo fue la primera vez que consumió una bebida alcohólica como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron)?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Nunca ha tomado 4 → **pase a preg.29**
 Ns/nc 9

2 ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez una de estas bebidas alcohólicas?

Edad Ns/nc 99

3 ¿Cuándo fue la última vez que tomó una de estas bebidas alcohólicas?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

4 ¿Las ha bebido al menos 12 veces a lo largo de su vida?

Sí 1 No 2 **pase a preg.29** Ns/nc 9

5 ¿Durante el último año tomó al menos 12 veces una de estas bebidas?

Sí 1 **a preg. 7** No 2 Ns/nc 9

6 ¿En algún momento de su vida tomó alguna de estas bebidas alcohólicas al menos 12 veces en un año?

Sí 1 **a preg. 8** No 2 **pase a preg.29** Ns/nc 9

7 ¿Con qué frecuencia durante el último año tomó alguna de estas bebidas?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 de 1 a 3 días al mes 4 → **pase a preg.29**
 Ns/nc 9

8 Piense entre semana (de lunes a jueves), cuando toma/tomaba alguna bebida alcohólica en forma normal para usted. ¿Cuánto acostumbra/ba a tomar en un día...

La tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma en un solo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida. Después de la primera referencia, pregunte si toma algo más en un mismo día.

... de cerveza?	... de vino?	... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)	TOTAL DE TRAGOS CONSUMIDOS	Otras bebidas	
No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2		[][][][]	Sí <input type="checkbox"/> 1
1 latita = 1 trago 1 litro = 3 tragos 3/4 litro = 2,3 tragos	1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos	1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos			Cuáles?
Cantidad de tragos [][][]	Cantidad de tragos [][][]	Cantidad de tragos [][][]	[][][][]		

8.1 Piense en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), cuando toma/tomaba alguna bebida alcohólica en forma normal para Ud. ¿Cuánto acostumbra/ba a tomar en un día...

La tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma en un solo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida. Después de la primera referencia, pregunte si toma algo más en un mismo día.

... de cerveza?	... de vino?	... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)	TOTAL DE TRAGOS CONSUMIDOS	Otras bebidas	
No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2		[][][][]	Sí <input type="checkbox"/> 1
1 latita = 1 trago 1 litro = 3 tragos 3/4 litro = 2,3 tragos	1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos	1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos			Cuáles?
Cantidad de tragos [][][]	Cantidad de tragos [][][]	Cantidad de tragos [][][]	[][][][]		

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar esa cantidad? *(Aplica a las que mencionó)*

	Edad	No aplica	Ns/nc
Cerveza	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Vino	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Whisky - Similares	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

10 Ahora piense en toda su vida, ¿ha habido algún año en el que haya bebido más que en los últimos 12 meses?

Si 1

No 2

Ns/nc 9

a preg. 14

11 Considerando sólo ese periodo en que más bebió, ¿usted bebía de esa manera...

... casi todos los días? 1

... 3 ó 4 días a la semana? 2

... 1 ó 2 días a la semana? 3

... de 1 a 3 días al mes? 4

... menos de una vez al mes? 5

Ns/nc? 9

12 Piense ahora (entre semana y los fines de semana), en el año en que más tomaba. En esa época, ¿cuánto acostumbraba a beber en un día...

La tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado tomaba en un solo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida. Después de la primera referencia, pregunte si tomaba algo más en un mismo día.

... de cerveza?	... de vino?	... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)	TOTAL DE TRAGOS CONSUMIDOS	Otras bebidas
No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2	No toma <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
1 latita = 1 trago 1 litro = 3 tragos 3/4 litro = 2,3 tragos	1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos	1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos		Cuáles?
Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

13 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar la mayor cantidad? *(Aplica a las que mencionó)*

	Edad	No aplica	Ns/nc
Cerveza	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Vino	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
Whisky - Similares	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

14 ¿Hubo algún período en su vida en que el efecto de la bebida al día siguiente interfirió con frecuencia en sus actividades?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Hubo períodos en su vida en los cuáles estuvo con frecuencia bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía haberse hecho daño, (por ejemplo cuándo conducía un vehículo, manejaba maquinaria, o algo por el estilo)?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

15 ¿Alguna vez el beber le ha causado problemas con alguien?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿Alguna vez tuvo que beber mucho más de lo que acostumbraba para obtener el efecto deseado?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

18 ¿Alguna vez sintió una necesidad tan irresistible por la bebida que no pudo evitar beber?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

19 ¿Hubo una época en su vida en la que con frecuencia bebía más de lo que se proponía o por más tiempo del que quería?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

20 ¿El consumo de alcohol causó que usted dejara o disminuyera considerablemente actividades importantes, (como participar en deportes, ir a la escuela o al trabajo o compartir con amigos o familiares)?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

21 En más de una ocasión ¿trató de dejar de beber o de beber menos pero encontró que no podía?

Si 1
No 2
Ns/nc 9 } **a preg. 24**

22 Le voy a preguntar sobre problemas que pudo haber tenido en los primeros días después de dejar de beber o beber menos... **Entregue tarjeta 3**

	Sí	No
1. tenía temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. tenía más problemas con el sueño de lo que es usual en usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. se sentía más nervioso/a de lo que es usual en usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. se sentía más inquieto/a de lo que es usual en usted?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. sudaba?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. sentía que su corazón latía rápido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. tenía náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. tenía dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. se sentía débil?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. veía, escuchaba o sentía cosas que otros no podían ver, escuchar o sentir?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. le daban ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

23 ¿En alguna ocasión tomó un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas o hacerlos desaparecer?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

24 A lo largo de su vida ¿la bebida le ha causado problemas de hígado, de estómago, de circulación o de tipo nervioso?

Si 1
No 2
Ns/nc 9 } **pase a instrucciones previas a preg. 26**

25 ¿Continuó Ud. bebiendo aún después de saber que le causaba un problema de salud?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

Si en las preguntas 17 a 25 usted registró tres o más respuestas positivas pase a preg. 26, **caso contrario** pase a preg. 29.

26 Ud. dijo que... (lea las respuestas señaladas de la 17 a 25) ¿hubo alguna época de su vida en que tuvo tres o más de estos problemas en el mismo año?

Si 1
No 2 } **pase a preg. 29**
Ns/nc 9

27 ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo en el mismo año tres o más de estos problemas? (anote la edad)

Edad Ns/nc 99

28 ¿Qué edad tenía la primera vez que tuvo cualquiera de los problemas que ha mencionado? (anote la edad)

Edad Ns/nc 99

29 De estas sustancias que figuran en la tarjeta quisiera que me diga... **Entregue tarjeta 4**

a. ¿De cuál de ellas escuchó hablar?

De esas:

b. ¿Cuáles piensa que son perjudiciales para la salud?

c. ¿Cuáles considera Ud. que producen acostumbramiento/adicción?

d. ¿El consumo de cuáles de estas sustancias considera que deberían estar prohibidas?

	a.	b.	c.	d.
1. Pastilla para calmar nervios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Anfetaminas	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Marihuana	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Whisky	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Extasis	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Cocaína	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Pasta base	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Heroína	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Opio	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
10. Morfina	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
11. Pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
12. Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
13. Crack	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
14. LSD	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
15. Cerveza	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15
16. Cucumelo	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 16
17. Vino	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 17
18. Peyote	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 18
19. Pegamento	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 19
20. Ninguna	<input type="checkbox"/> 20	} pase a capítulo Marihuana		
Ns/nc	<input type="checkbox"/> 99			

5. MARIHUANA (MA)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron marihuana?

Si 1
 No le ofrecieron 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3

a preg. 3
 pase a cap. estimulantes

2 ¿Cuántos años tenía en ese momento?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento la probó?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9

a preg. 20

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó marihuana?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando probó marihuana por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que consumió?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido marihuana...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 20

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1 ... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2 ... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3 ... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que Ud. usaba marihuana con mayor frecuencia, ¿Cada cuánto consumía?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 de 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarla con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de consumir marihuana que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿Pasó por períodos en los que consumió marihuana en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez pudo suspender o disminuir la cantidad de marihuana que consumía por lo menos durante un mes?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

a preg. 15

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del consumo de marihuana, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de marihuana le producía menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Alguna vez pasó mucho tiempo tratando de conseguir marihuana o recuperándose de los efectos que producía?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9

17 ¿El uso de marihuana le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 19**

18 ¿Continuó consumiendo marihuana aún después de saber que le causaba problemas de salud o problemas emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

19 ¿Cuáles han sido las formas en que usted consumió marihuana? **Respuesta múltiple**

Inyectada 1
 Fumada con cocaína («nevado») 2
 Fumada 3
 Inhalada 4
 Por boca: bebida, tragada, mascada 5
 Otras (especificar) 6
 Ns/nc 9

20 En la actualidad ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté consumiendo marihuana?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 23**

21 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc 9

22 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

23 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de marihuana? Usted piensa que es...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

6. ESTIMULANTES (ES)

1 ¿Alguna vez tomó algún estimulante como por ejemplo: Anfetaminas (Artane o Actemín), Tamlán, Rubifén o Ritalina, ya sea con o sin indicación médica?

Si (especificar) _____ 1
 No 2 } a preg. 19
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3 **Pase a cap. sedantes**

2 ¿Tomó alguna vez estimulantes sin indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Si (especificar) _____ 1
 No 2 } a preg. 19
 Ns/nc 9

3 ¿Cuándo fue la primera vez que los tomó de esta forma?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

4 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

5 ¿Cuándo fue la última vez que los tomó sin una indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

6 ¿Cuántas veces tomó alguna de estas sustancias sin indicación médica...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 19

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

7 En el período en el que usted consumía estimulantes con mayor frecuencia. ¿Cada cuánto los tomaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

8 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a tomarlos con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

9 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de tomarlos que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

11 ¿A menudo ha tenido períodos en los que los usó en mayor cantidad o por mayor tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿Alguna vez, durante un mes, pudo suspender o disminuir los estimulantes que tomaba sin prescripción médica?

... Si 1
 ... No 2 } a preg. 14
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

13 Las veces que suspendió o disminuyó el uso de estos medicamentos estimulantes, tuvo malestares como ...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

14 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de estimulantes le producía menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

15 ¿Alguna vez pasó mucho tiempo tratando de conseguirlos o de recuperarse de los efectos que producían?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿El uso de estimulantes le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 18**

17 ¿Continuó tomando estimulante aún después de saber que le causaba problemas de salud o problemas emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

18 De las diferentes maneras en que las personas usan estimulantes, ¿Cuáles han sido las formas en que usted los ha usado? **Respuesta múltiple**

Inyectados en vena 1
 Inyectados en la piel o músculo 2
 Fumados 3
 Aspirados o inhalados 4
 Por boca: bebidos, tragados, mascados 5
 Otros (especificar) 6
 Ns/nc 9

19 En la actualidad, ¿Tiene alguna persona cercana a usted que esté usando estimulantes sin indicación médica?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 22**

20 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc 9

21 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

22 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo, sin indicación médica, de estimulantes? Usted piensa que es ...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

7. SEDANTES (SE)

1 ¿Alguna vez tomó algún sedante o tranquilizante para calmar los nervios o para poder dormir, como por ejemplo: Valium, Lexotanil, Trapax, Rohypnol, Librium o algo parecido, ya sea con o sin receta médica?

Si (especificar) _____ 1
 No 2 } a preg. 19
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3 } Pase a cap. otros medicamentos

2 ¿Tomó alguna vez sedantes o tranquilizantes sin indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Si (especificar) _____ 1
 No 2 } a preg. 19
 Ns/nc 9

3 ¿Cuándo fue la primera vez que los tomó de esta forma?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

4 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

5 ¿Cuándo fue la última vez que los tomó sin una indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

6 ¿Cuántas veces tomó alguna de estas sustancias sin indicación médica...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 19

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/>
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

7 En el período en que usted usaba estos sedantes por cuenta propia con mayor frecuencia, ¿Cada cuánto los tomaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

8 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a tomarlos con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

9 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de tomarlos que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

11 ¿A menudo ha tenido períodos en los que los usó en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir los sedantes que tomaba sin prescripción médica?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3 } a preg. 14
 Ns/nc 9

13 Las veces que suspendió o disminuyó el uso de estos sedantes, tuvo malestares como ...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

14 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de estos sedantes le producían menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

15 ¿Alguna vez pasó mucho tiempo tratando de conseguirlos o de recuperarse de los efectos que le producían?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿El uso de los sedantes sin indicación médica le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 18**

17 ¿Continuó tomando sedantes sin indicación médica aún después de saber que le causaban problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

18 De las diferentes maneras en que las personas usan sedantes, ¿Cuáles han sido las formas en que usted ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectados en vena 1
 Inyectados en la piel o músculo 2
 Fumados 3
 Aspirados o inhalados 4
 Por boca: bebidos, tragados, mascados 5
 Otros (*especificar*) 6
 Ns/nc 9

19 En la actualidad, ¿Tiene alguna persona cercana a usted que esté usando sedantes sin indicación médica?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 22**

20 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc 9

21 ¿Qué edad tiene aproximadamente esta persona?

Edad Ns/nc 99

22 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo por cuenta propia (sin indicación médica) de sedantes? Usted piensa que es...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

8. OTROS MEDICAMENTOS (OM)

1 Quisiera preguntarle si consume algún medicamento, sin una indicación médica, para calmar dolores o sentir alivio o mejoría, o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le recetó como por ejemplo: analgésicos, antiinflamatorios, colagogos, antiulcerosos, antibióticos, laxantes o diuréticos

Si (*nombre*) _____

 _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9

2 ¿Consume algún suplemento dietario como por ejemplo: Fast-Diet, Garcinol Max, Jalea Real, Spirulina?

Si (*nombre*) _____

 _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9

3 ¿Consume algún tipo de hierba medicinal como por ejemplo: Adisol, Heredia, Cym Reductora, Delgacin, No Nerviol?

Si (*nombre*) _____

 _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9

9. OPIACEOS Y ANESTÉSICOS (OA)

1 ¿Alguna vez usó sustancias que sirven para calmar el dolor o adormecer como por ejemplo Opio, Morfina, Heroína, Codeína o Ketalar?

Si (especificar) _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3

a preg. 19
 Pase a cap. clorhidrato de cocaína

2 ¿Usó alguna vez una de estas sustancias sin indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Si (especificar) _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9

a preg. 19

3 ¿Cuándo fue la primera vez que las usó de esta forma?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

4 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

5 ¿Cuándo fue la última vez que las usó sin una indicación médica o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico le había recetado?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

6 ¿Cuántas veces las tomó de esta forma...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 19

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

7 En el período en que usted usaba estas sustancias con mayor frecuencia, ¿Cada cuánto las tomaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

8 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a usarlos con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

9 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de usarlas que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

11 ¿A menudo ha tenido períodos en los que las usó en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de estas sustancias?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

a preg. 14

13 Las veces que suspendió o disminuyó el uso de estas sustancias, tuvo malestares como ...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

14 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de estas sustancias opiáceas y anestésicas le producían a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

15 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguir las o recuperándose de los efectos que le producían?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿El uso de estas sustancias le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *a preg. 18*

17 ¿Continuó tomando estas sustancias opiáceas aún después de saber que le causaban problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

18 De las diferentes maneras en que las personas usan sustancias opiáceas y anestésicas, ¿Cuáles han sido las formas en que usted las ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectadas en la vena 1
 Inyectadas en la piel o músculo 2
 Fumadas 3
 Aspiradas o inhaladas 4
 Por boca: bebidas, tragadas, mascadas 5
 Otros (*especificar*) 6
 Ns/nc 9

19 En la actualidad, ¿Tiene alguna persona cercana a usted que esté usando alguna de estas sustancias opiáceas y anestésicas sin indicación médica?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } *a preg. 22*

20 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc? 9

21 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

22 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de opiáceos y anestésicos? Usted piensa que es ...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

10. COCAINA I (CLORHIDRATO) (CL)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron clorhidrato de cocaína?

Si 1
 No le ofrecieron 2 } **a preg. 3**
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3 } **Pase a cap. cocaína crack**

2 ¿Cuántos años tenía?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento lo probó?

Si 1
 No 2 } **a preg. 20**
 Ns/nc 9

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó clorhidrato de cocaína?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que lo usó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido clorhidrato de cocaína...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 20

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que usted usaba clorhidrato de cocaína con mayor frecuencia, ¿cada cuánto lo usaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarlo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de usar clorhidrato de cocaína que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿A menudo ha tenido períodos en los que usó clorhidrato de cocaína en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de clorhidrato de cocaína?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3 } **a preg. 15**
 Ns/nc 9

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del uso de clorhidrato de cocaína, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de clorhidrato de cocaína le producía a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguirlo o recuperándose de los efectos que le producía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿El uso de clorhidrato de cocaína le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 19**

18 ¿Continuó tomando clorhidrato de cocaína aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

19 De las diferentes maneras en que las personas usan clorhidrato de cocaína, ¿Cuáles han sido las formas en que usted lo ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectado en la vena 1
 Inyectado en la piel o músculo 2
 Fumado 3
 Aspirado o inhalado 4
 Por boca: bebido, tragado, mascado 5
 Otros (especificar) 6
 Ns/nc 9

20 En la actualidad, ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté usando clorhidrato de cocaína?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 23**

21 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc? 9

22 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

23 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de clorhidrato de cocaína? Usted piensa que es...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

11. COCAÍNA II (CRACK) (CK)

1 ¿Alguna vez probó Crack?

Si 1 **a preg. 2**
 No lo probó 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3 } **Pase a cap. cocaína pasta base**

2 ¿Cuándo fue la última vez que lo usó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

12. COCAINA III (PASTA BASE) (PB)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron pasta base?

Si 1
 No le ofrecieron 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3

a preg. 3
Pase a cap. éxtasis

2 ¿Cuántos años tenía?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento la probó?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9

a preg. 20

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó pasta base?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que la usó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido pasta base...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 20

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que usted usaba pasta base con mayor frecuencia, ¿Cada cuánto la usaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 De 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarla con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de usar pasta base que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿A menudo ha tenido períodos en los que usó pasta base en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de pasta base?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

a preg. 15

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del uso de pasta base, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de pasta base le producía a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguirla o recuperándose de los efectos que le producía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿El uso de pasta base le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } a preg. 19

18 ¿Continuó tomando pasta base aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

19 De las diferentes maneras en que las personas usan pasta base, ¿Cuáles han sido las formas en que usted la ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectada en la vena 1
 Inyectada en la piel o músculo 2
 Fumada 3
 Aspirada o inhalada 4
 Por boca: bebida, tragada, mascada 5
 Otros (especificar) 6
 Ns/nc 9

20 En la actualidad, ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté usando pasta base?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } a preg. 23

21 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc? 9

22 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

23 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de pasta base? Usted piensa que es...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

13. ÉXTASIS (EX)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron éxtasis?

Si 1
 No le ofrecieron 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3

a preg. 3
Pase a cap. alucinógenos

2 ¿Cuántos años tenía?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento lo probó?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9

a preg. 20

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó éxtasis?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que lo tomó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido éxtasis...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 20

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que usted usaba éxtasis con mayor frecuencia, ¿cada cuánto lo tomaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 de 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarlo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de tomar éxtasis que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿A menudo ha tenido períodos en los que tomó éxtasis en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de éxtasis?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

a preg. 15

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del uso de éxtasis, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de éxtasis le producía a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

20 En la actualidad, ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté tomando éxtasis?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 23**

16 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguirlo o recuperándose de los efectos que le producía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿El uso de éxtasis le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 19**

21 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc? 9

18 ¿Continuó tomando éxtasis aún después de saber que le causaba problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

22 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

19 De las diferentes maneras en que las personas usan éxtasis, ¿Cuáles han sido las formas en que usted lo ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectado en la vena 1
 Inyectado en la piel o músculo 2
 Fumado 3
 Aspirado o inhalado 4
 Por boca: bebido, tragado, mascado 5
 Otros (*especificar*) 6
 Ns/nc 9

23 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de éxtasis? Usted piensa que es ...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

14. ALUCINÓGENOS (AL)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron sustancias que producen alucinaciones como: LSD, Peyote, Cucumelo, Chamico, Floripondio, otros?

Si (especificar) _____ 1
 No le ofrecieron 2
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3

} a preg. 3
 Pase a cap. inhalantes

2 ¿Cuántos años tenía?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento las probó?

Si (especificar) _____ 1
 No 2
 Ns/nc 9

} a preg. 20

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó estas sustancias?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando probó estas sustancias por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Cuándo fue la última vez que las usó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido alucinógenos...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 20

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/>
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que usted usaba alucinógenos con mayor frecuencia, ¿cada cuánto los usaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 de 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

20 Cuestionario individual 16 a 65 años

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarlos con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de usar alucinógenos que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿A menudo ha tenido períodos en los que usó alucinógenos en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de alucinógenos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

} a preg. 15

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del uso de alucinógenos, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Estrictamente confidencial y reservado

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de alucinógenos le producía a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguirlos o recuperándose de los efectos que le producían?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿El uso de alucinógenos le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 19**

18 ¿Continuó usando alucinógenos aún después de saber que le causaban problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
 ... No 2
 ... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
 Ns/nc 9

19 De las diferentes maneras en que las personas usan alucinógenos, ¿Cuáles han sido las formas en que usted los ha usado?

Respuesta múltiple

Inyectado en la vena 1
 Inyectado en la piel o músculo 2
 Fumado 3
 Aspirado o inhalado 4
 Por boca: bebido, tragado, mascado 5
 Otros (especificar) 6
 Ns/nc 9

20 En la actualidad, ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté usando alucinógenos?

Si 1
 No 2
 Ns/nc 9 } **a preg. 23**

21 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1
 ... mujer? 2
 Ns/nc? 9

22 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

23 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de alucinógenos? Usted piensa que es...

... nada peligroso 1
 ... poco peligroso 2
 ... peligroso 3
 ... muy peligroso 4
 Ns/nc 9

15. INHALANTES (IN)

1 ¿Alguna vez le ofrecieron sustancias como Pegamentos, Poxíran, o similares para inhalar o aspirar?

Si (especificar) _____ 1
 No le ofrecieron 2 } a preg. 3
 Ns/nc 9
 Nunca escuchó hablar 3 } Pase a cap. otras drogas

2 ¿Cuántos años tenía?

Edad Ns/nc 99

3 ¿En algún momento los probó?

Si (especificar) _____ 1
 No 2 } a preg. 19
 Ns/nc 9

4 ¿Cuándo fue la primera vez que probó inhalantes?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

5 ¿Qué edad tenía cuando lo hizo por primera vez?

Edad Ns/nc 99

6 ¿Y cuándo fue la última vez que los usó?

Durante los últimos 30 días 1
 Hace más de un mes, pero menos de un año 2
 Hace más de un año 3
 Ns/nc 9

7 ¿Cuántas veces ha consumido inhalantes...

Si marca «5 veces y más» en alguna opción pasa a pregunta siguiente, caso contrario pasa a pregunta 19

	5 veces y más	Menos de 5 veces	Ninguna
1... en su vida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2... en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3... en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8 En el período en que usted usaba inhalantes con mayor frecuencia, ¿Cada cuánto los usaba?

Casi todos los días 1
 3 ó 4 días a la semana 2
 1 ó 2 días a la semana 3
 de 1 a 3 días al mes 4
 Menos de 1 vez al mes 5
 Ns/nc 9

9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó por primera vez a utilizarlos con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

10 ¿Hasta qué edad lo hizo con esa frecuencia?

Edad Ns/nc 99

11 ¿Alguna vez sintió un deseo o necesidad tan fuerte de usar inhalantes que no pudo evitar hacerlo?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

12 ¿A menudo ha tenido períodos en los que usó inhalantes en mayor cantidad o por mucho más tiempo de lo que usted se proponía?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

13 ¿Alguna vez durante un mes, pudo suspender o disminuir el consumo de inhalantes?

... Si 1
 ... No 2 } a preg. 15
 ... Nunca lo intentó 3
 Ns/nc 9

14 En las horas o días que siguieron a la suspensión o disminución del uso de inhalantes, tuvo malestares como...

Entregue tarjeta 5

	Sí	No
1.fatiga o cansancio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2.sudoración?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.diarrea?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4.ansiedad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5.depresión?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.irritabilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7.inquietud?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8.dificultad con el sueño/vigilia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9.temblores (temblor en las manos)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10.dolor de estómago?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12.debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13.náuseas o vómitos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14.ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15.dolor muscular o calambres?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16.ojos llorosos (lagrimeo) o secreciones nasales (agua por la nariz)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17.bostezos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18.deseos incontrolables, búsqueda, desesperación?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19.ver, escuchar cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20.latidos acelerados del corazón, palpitaciones?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21.cambios en el apetito?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22.fiebre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

15 ¿Alguna vez notó que la misma cantidad de inhalantes le producía a usted menos efecto que antes?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

16 ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo tratando de conseguirlos o recuperándose de los efectos que le producían?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

17 ¿El uso de inhalantes le causó algún problema de salud, emocional o psicológico?

Si 1
No 2
Ns/nc 9 } **a preg. 19**

18 ¿Continuó usando inhalantes aún después de saber que le causaban problemas de salud, emocionales o psicológicos?

... Si 1
... No 2
... Nunca observó problemas de ningún tipo relacionados con su consumo 3
Ns/nc 9

19 En la actualidad, ¿Conoce alguna persona cercana a usted que esté usando inhalantes?

Si 1
No 2
Ns/nc 9 } **a preg. 22**

20 ¿Esa persona es... (si hay varias elija la más cercana a usted)

... varón? 1 ... mujer? 2 Ns/nc? 9

21 ¿Qué edad tiene aproximadamente esa persona?

Edad Ns/nc 99

22 ¿Cuál es su opinión sobre el consumo de inhalantes? Usted piensa que es ...

... nada peligroso 1
... poco peligroso 2
... peligroso 3
... muy peligroso 4
Ns/nc 9

16. OTRAS DROGAS (OD)

1 ¿Probó alguna otra droga?

Si (especificar) _____ 1 **a preg. 2**
No 2 **Pase a cap. demanda de tratamiento**
Ns/nc 9

2 ¿Cuándo fue la última vez que la usó?

Durante los últimos 30 días 1
Hace más de un mes, pero menos de un año 2
Hace más de un año 3
Ns/nc 9

17. DEMANDA DE TRATAMIENTO (DT)

1 ¿Alguna vez buscó ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, tabaco, u otras drogas?

Si 1
No 2
Ns/nc 9 } **a preg. 4**

3 ¿Está/estuvo en tratamiento por consumo de sustancias?

Si, está actualmente 1
Si, estuvo alguna vez 2 } **a preg. 5**
Nunca estubo 3

2 ¿En cuál de los siguientes lugares de atención y tratamiento por consumo de sustancias buscó asistencia?

	Sí	No
1...Alcohólicos Anónimos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2...Narcóticos Anónimos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3...Grupo de Autoayuda para problemas de tabaquismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4...Comunidades Terapéuticas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5...Centros de alcoholismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6...Consultorios externos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7...Clínicas psiquiátricas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8...Centros de desintoxicación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9...Hospitales generales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10...Centro de Salud Mental	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11...Servicios gratuitos líneas telefónicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12...En algún otro (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

4 ¿Por qué no buscó ayuda? **Respuesta múltiple**

Porque resolvió el problema solo 1
Porque no lo necesitó 2
Desinterés 3
Porque no lo considero un problema 4
Desconocimiento de lugares de tratamiento 5
Falta de dinero 6
Falta de tiempo 7
Por no tener un lugar cerca 8
Otros (especificar)
..... 9

5 ¿Algún miembro del hogar está/estuvo en tratamiento por consumo de sustancias?

Si 1 No 2 Ns/nc 9

SOLO PARA PERSONAS DE 16 A 24 AÑOS

18. EDUCACIÓN Y ACTIVIDADES (EA)

No aplica

Observe, en el cuestionario del hogar, si la persona entrevistada asistió a la escuela y no finalizó el nivel. En ese caso formule la siguiente pregunta:

1 ¿Cuál fue el principal motivo por el que no seguiste estudiando?

- Estudiar me resultaba difícil 1
- No me gustaba/no tenía interés 2
- Tenía que ayudar en mi casa 3
- Me casé/tuve un hijo 4
- No podíamos pagar los estudios 5
- Necesitaba/quería trabajar 6
- Tenía problemas de salud 7
- En la escuela/colegio había problemas de violencia 8
- Me sentí discriminado 9
- Otro, ¿Cuál? 10

2 Fuera de la escuela ¿hiciste o hacés algún curso?

- Si 1 No 2
- ↳ ¿Qué tipo de curso?
-

3 ¿Cuál de las siguientes actividades realizás?

Respuesta múltiple

- | | | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|----|
| ... Vas a bailar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Vas al cine/teatro | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Vas a recitales | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Hacés deportes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Vas a la iglesia | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Te juntás con tus amigos en la calle | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Lees libros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Escuchás música | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Te quedás en tu casa sin hacer nada | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Mirás televisión | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Jugás en la computadora o te conectás a internet en tu casa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Jugás en la computadora o te conectás a internet fuera de tu casa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Hacés algún taller o curso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Cuidás a tus hermanos o a alguna otra persona en tu casa | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Hacés o ayudás a hacer las tareas del hogar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |
| ... Otras (<i>especificar</i>) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | |

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

19. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA

Visita N°	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

Motivo de no respuesta

- Ausencia momentánea 1
- Rechazo 2
- Otras causas (*especificar*)
- 3



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

Av. Presidente Julio A. Roca 615
1067 CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES - REPÚBLICA ARGENTINA

1.2.3.3. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. ENFR 2005

La presente encuesta se enmarca en un trabajo conjunto llevado adelante por los equipos técnicos del Instituto Nacional de Estadística y Censos y las Direcciones Provinciales de Estadística, conjuntamente con la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el área del programa VIGI+A, desde fines de 2003.

Este estudio se realiza en el marco de la Encuestas Especiales que lleva a cabo la Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística y Censos. Han participado del mismo técnicos de las distintas direcciones de la Dirección Nacional y de otras Direcciones del Indec.

Objetivo

El objetivo de esta encuesta es obtener información relevante para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (Cardiovasculares, Tumores, Lesiones, etc.), que son las causantes del 60% de muerte de la población total del país en un año.

La encuesta permitirá conocer las características de los factores de riesgo en la población de 18 años y más, estimar su prevalencia y determinar el perfil de la población bajo riesgo.

La información relevada será útil para promover los hábitos de cuidado y atención de la salud en la comunidad y constituye la primera experiencia de su tipo a nivel nacional.

Temáticas que abarca

Los principales contenidos son los siguientes:

- Características de la Vivienda
- Características del Hogar
- Datos Sociodemográficos
- Datos Socioeconómicos
- Situación Laboral y Educación
- Cobertura de Salud
- Actividad Física
- Acceso a la Atención Médica
- Tabaco
- Presión Arterial
- Peso Corporal
- Alimentación
- Colesterol
- Consumo de Alcohol
- Prácticas Preventivas
- Prevención de Accidentes

Para el relevamiento de los datos se utilizaron dos tipos de cuestionarios: uno para el Hogar y otro Individual, este último aplicado a un componente de 18 y más años de edad, seleccionado aleatoriamente entre los miembros elegibles de cada hogar.

Dada la temática, cada persona seleccionada respondió por sí misma (autoinformante).

Ámbito Geográfico y Alcance de la Muestra

La encuesta abarcó a todas las provincias del país y el territorio de la Ciudad de Buenos Aires.

Se aplicó en una muestra de 51.162 viviendas que representan a la población que vive en las localidades de más de 5.000 habitantes.

Los dominios de información son: nacional, regional y provincial, todos a nivel urbano.

Desarrollo del Relevamiento

■ Esquema de relevamiento y procesamiento

El operativo de campo se organizó bajo dos modalidades:

- Equipo en la sede de la Dirección Provincial de Estadística.
- Equipos en otras localidades que podían ser:
 - Equipo local de encuestadores.
 - Equipo volante de encuestadores, es decir que se trasladaban de una localidad a otra.

El ingreso de datos se organizó de forma tal que en cada lugar de relevamiento se recepcionó y controló la información relevada. El ingreso de los cuestionarios se realizó en la sede de la DPE a través de un sistema de ingreso ad-hoc que permitió ir consolidando la base de datos única, centralizada en INDEC.

■ Trabajo de campo

El relevamiento no fue simultáneo, sino que se trabajó por regiones.

El período de relevamiento para el total de las regiones fue de 2 meses y medio entre marzo y mayo, tal como estaba previsto.

■ Capacitación

El plan de capacitación fue el siguiente:

- Cursos regionales para la capacitación conjunta del Coordinador de Relevamiento y los Supervisores. Dictado por personal del INDEC y del programa VIGI+A.
- Cursos locales para la capacitación de Encuestadores. Dictado por los Coordinadores de Relevamiento provinciales.
- Instrucción local sobre conceptos y procedimientos de la encuesta al Coordinador de Ingresos y Análisis de datos provincial, por parte del Coordinador de Relevamiento Provincial.
- Curso en INDEC para la capacitación del Coordinador de Ingreso y Análisis de datos, dictado por personal del INDEC.
- Cursos locales para la capacitación de ingresadores - analistas. Dictado por los Coordinadores de Ingreso y Análisis de Datos provinciales.

■ Plan de control de calidad

A fin de monitorear el desarrollo del operativo, técnicos del INDEC y VIGI+A llevaron a cabo un exhaustivo plan de control de calidad que abarcó la totalidad de las jurisdicciones. Dicho plan contempló, entre otras acciones, las siguientes:

- Observación de cursos de instrucción a encuestadores
- Observación de la organización del relevamiento
- Control de la recepción de cuestionarios
- Acompañamiento en campo a supervisores

- Acompañamiento en campo a encuestadores
- Revisión de los cuestionarios ingresados
- Resolución de consultas a través de la Mesa de Ayuda

DIRECCIONES PROVINCIALES DE ESTADÍSTICA QUE PARTICIPARON DEL RELEVAMIENTO:

Dirección Gral. de Estadística y Censos del Gob. de la CIUDAD DE BUENOS AIRES
 Dirección Provincial de Estadística de la Provincia de BUENOS AIRES
 Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de CATAMARCA
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia del CHACO
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia del CHUBUT
 Gerencia de Estadística y Censos de la Provincia de CORDOBA
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de CORRIENTES
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de ENTRE RIOS
 Dirección de Estadística, Censos y Documentación de la Provincia de FORMOSA
 Dirección Provincial de Planeamiento, Estadística y Censos de la Provincia de JUJUY
 Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de LA PAMPA
 Dirección de Estadística de la Provincia de LA RIOJA
 Dirección de Estadística e Investigaciones Económicas de la Provincia de MENDOZA
 Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de MISIONES
 Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia del NEUQUEN
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de RIO NEGRO
 Dirección General de Estadísticas de la Provincia de SALTA
 Instituto de Investigaciones Económicas y Estadísticas de la Provincia de SAN JUAN
 Subprograma de Estadísticas y Censos de la Provincia de SAN LUÍS
 Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de SANTA CRUZ
 Instituto Provincial de Estadística y Censos de la Provincia de SANTA FE
 Dirección General de Estadística y Censos de la Provincia de SANTIAGO DEL ESTERO
 Dirección de Estadística y Censos de la Provincia de TIERRA DEL FUEGO
 Dirección de Estadística de la Provincia de TUCUMÁN

Evaluación

Se realizaron Talleres de evaluación regionales para poder recoger las opiniones de los Coordinadores, Supervisores, Ingresadores y Encuestadores acerca de las actividades desarrolladas durante el relevamiento e ingreso de datos.

Resultados

De acuerdo con el convenio firmado entre el INDEC y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la difusión de los datos será realizada en primera instancia por el Ministerio.

Actualmente se está en proceso de elaboración de resultados.

Una vez que los resultados definitivos estén disponibles serán publicados en la página web del Indec: www.indec.mecon.gov.ar

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2005

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

CUESTIONARIO DEL HOGAR

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

Último dígito del Nº en el listado:

				01			
Código de aglomerado	Código de localidad	Código de área	Nº en el listado	Vivienda Nº	Hogar Nº	Cantidad de hogares en la vivienda	Persona entrevistada

Provincia:.....
Entrevista realizada

Localidad:..... 1 2
Si No

2. UBICACIÓN (UB)

Nº en el listado	Manzana	Lado	Calle	Número	Piso	Departamento	Habitación	Tipo de vivienda	Descripción

Encuestador: (_ _) Supervisor (_ _)

3. CANTIDAD DE VISITAS AL HOGAR (VH)

Teléfono del hogar:

Visita Nº	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

4. MOTIVO DE NO ENTREVISTA (MNE)

Deshabitada <input type="checkbox"/> 1	Venta o alquiler <input type="checkbox"/> 1	Sucesión o remate <input type="checkbox"/> 2	Deshabitada en la semana de referencia <input type="checkbox"/> 3	Sin causa conocida <input type="checkbox"/> 4
Demolida <input type="checkbox"/> 2	Fue demolida <input type="checkbox"/> 1	En demolición <input type="checkbox"/> 2	Levantada <input type="checkbox"/> 3	Trasladada <input type="checkbox"/> 4
Viven en otra vivienda la mayor parte...				
Fin de semana <input type="checkbox"/> 3	de la semana <input type="checkbox"/> 1	del mes <input type="checkbox"/> 2	del año <input type="checkbox"/> 3	
Construcción <input type="checkbox"/> 4	Se está construyendo <input type="checkbox"/> 1	Construcción paralizada <input type="checkbox"/> 2	Refacción <input type="checkbox"/> 3	
Vivienda usada como establecimiento <input type="checkbox"/> 5	Conserva comodidad de vivienda <input type="checkbox"/> 1			
Variaciones en el listado <input type="checkbox"/> 6	No existe lugar físico <input type="checkbox"/> 1	No es vivienda <input type="checkbox"/> 2		
Ausencia <input type="checkbox"/> 7	No se pudo contactar en tres visitas <input type="checkbox"/> 1	Por causas circunstanciales <input type="checkbox"/> 2	Viaje <input type="checkbox"/> 3	Vacaciones <input type="checkbox"/> 4
Rechazo <input type="checkbox"/> 8	Negativa rotunda <input type="checkbox"/> 1	Rechazo por portero eléctrico <input type="checkbox"/> 2	Se acordaron entrevistas que no se concretaron <input type="checkbox"/> 3	
Otras causas <input type="checkbox"/> 9	Duelo <input type="checkbox"/> 1	Alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero <input type="checkbox"/> 2	Problema de seguridad <input type="checkbox"/> 3	Inaccesible (problemas climáticos u otros) <input type="checkbox"/> 4

INFORMANTE/OBSERVACIONES

Cómputos

Educación				Cobertura de salud					
8 ¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo? <p style="text-align: center;">Anote código</p> 1. Asiste } → 2. Asistió } 3. Nunca asistió ↓ <p style="text-align: center;">a preg. 12</p>	9 ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó? <p style="text-align: center;">Anote código</p> 1. Jardín/Preescolar 2. Primario 3. E.G.B. 4. Secundario 5. Polimodal 6. Terciario 7. Universitario 8. Posgrado universitario 9. Educación especial	10 ¿Finalizó ese nivel? <p style="text-align: center;">Anote código</p> 1. Si pase a preg. 12 2. No	11 ¿Cuál fue el último grado/año que aprobó? <p style="text-align: center;">Anote código</p> 0. Ninguno 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto 7. Séptimo 8. Octavo 9. Noveno 99. Ns/nc	12 ¿Está asociado a... <p style="text-align: center;">Marque con una cruz todas las opciones que correspondan</p> 1. una obra social (incluye PAMI)? 2. un plan de salud privado o mutual? 3. un plan o seguro público? 4. un servicio de emergencia médica? 5. No está asociado a nada 9. Ns/nc					
				1.	2.	3.	4.	5.	9.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)

1 Tipo de vivienda (se completa por observación)

Casa	<input type="checkbox"/>	1	Pieza en hotel o pensión	<input type="checkbox"/>	5
Casilla	<input type="checkbox"/>	2	Local no construido para habitación	<input type="checkbox"/>	6
Departamento	<input type="checkbox"/>	3	Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	7
Pieza de inquilinato	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>

2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo? (Excluyendo cocina y baño)

3 De éstos ¿cuántos usan habitualmente para dormir?

4 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?

Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra	<input type="checkbox"/>	1
Cemento o ladrillo fijo	<input type="checkbox"/>	2
Tierra o ladrillo suelto	<input type="checkbox"/>	3
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	4

5 ¿Para cocinar, utiliza principalmente ...

... Gas de red?	<input type="checkbox"/>	1
... Gas de tubo/garrafa?	<input type="checkbox"/>	2
... Kerosene/leña/carbón?	<input type="checkbox"/>	3
... Otro? (especificar)	<input type="checkbox"/>	4
.....	<input type="checkbox"/>

6 ¿Tiene agua...

... por cañería dentro de la vivienda?	<input type="checkbox"/>	1
... fuera de la vivienda pero dentro del terreno?	<input type="checkbox"/>	2
... fuera del terreno?	<input type="checkbox"/>	3

7 ¿Obtiene el agua a través de ...

... red pública (agua corriente)?	<input type="checkbox"/>	1
... perforación con bomba a motor?	<input type="checkbox"/>	2
... perforación con bomba manual?	<input type="checkbox"/>	3
... aljibe o pozo?	<input type="checkbox"/>	4
... otras fuentes (especificar)	<input type="checkbox"/>	5

8 ¿Tiene baño/letrina?

Si 1 No 2 → **pase a bloque Ingresos**

9 ¿El baño tiene ...

... Inodoro con botón/mochila/cadena y arrastre de agua?	<input type="checkbox"/>	1
... Inodoro sin botón/cadena y con arrastre de agua? (a balde)	<input type="checkbox"/>	2
... Letrina? (sin arrastre de agua)	<input type="checkbox"/>	3

10 ¿El desagüe del inodoro va...

... a red pública (cloaca)?	<input type="checkbox"/>	1
... a cámara séptica y pozo ciego?	<input type="checkbox"/>	2
... sólo a pozo ciego?	<input type="checkbox"/>	3
... a hoyo, excavación en tierra?	<input type="checkbox"/>	4

11 El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?

Si 1 No 2

8. INGRESOS DEL HOGAR (IH)

1 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?
(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguro de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1.1 Monto

1.2 Sin ingresos 2 Ns/Nc 9

2 TARJETA 1 ¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar? (Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguro de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.)

1 a 100 <input type="checkbox"/> 1	601 a 700 <input type="checkbox"/> 7	1.501 a 1.750 <input type="checkbox"/> 13
101 a 200 <input type="checkbox"/> 2	701 a 800 <input type="checkbox"/> 8	1.751 a 2.000 <input type="checkbox"/> 14
201 a 300 <input type="checkbox"/> 3	801 a 900 <input type="checkbox"/> 9	2.001 a 3.000 <input type="checkbox"/> 15
301 a 400 <input type="checkbox"/> 4	901 a 1.000 <input type="checkbox"/> 10	3.001 a 4.000 <input type="checkbox"/> 16
401 a 500 <input type="checkbox"/> 5	1.001 a 1.250 <input type="checkbox"/> 11	4.001 a 5.000 <input type="checkbox"/> 17
501 a 600 <input type="checkbox"/> 6	1.251 a 1.500 <input type="checkbox"/> 12	5.001 y más <input type="checkbox"/> 18

Ns/nc 99

9. SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/A DEL HOGAR (SL)

Atención encuestador: aplicar sólo si la persona seleccionada **no** es el jefe/a del hogar.

1 ¿En la semana pasada, _____ trabajó por lo menos una hora? (sin contar las tareas de su hogar)

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

2 ¿En esa semana, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Sí 1 *pase a preg. 8* No 2

3 ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 → *Fin Cuestionario del Hogar*

... no tenía/no conseguía trabajo? 2 } *pase a preg. 5*

... no tuvo pedidos/clientes? 3

... tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 4

4 ¿No concurrió por...

... vacaciones, licencia? (enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) 1 } *pase a preg. 8*

... causas personales? (viajes, trámites, etc.) 2

... huelga/conflicto laboral? 3

... suspensión con pago? 4 } *pase a preg. 5*

... suspensión sin pago? 5

... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 → *pase a preg. 8*

... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 → *pase a preg. 5*

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Sí 1 *Fin Cuestionario del Hogar* No 2

6 ¿Durante esos 30 días consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Sí 1 *Fin Cuestionario del Hogar* No 2

7 ¿Durante esos 30 días, no buscó trabajo porque...

... está suspendido? 1

... ya tiene trabajo asegurado? 2

... se cansó de buscar trabajo? 3 *Fin Cuestionario del Hogar*

... hay poco trabajo en esta época del año? 4

... por otras razones? (especificar)

..... 5

8 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones ...

... menos de 35 horas semanales? 1

... entre 35 y 45 horas semanales? 2

... más de 45 horas semanales? 3

... Ns/Nc 9

9 ¿En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas), trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad? 1 *pase a preg. 10*

... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución (incluye agencia de empleo)? 2 *Fin Cuestionario del Hogar*

... como servicio doméstico? 3

... como trabajador familiar sin pago? 4

10 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Sí 1 No 2

OBSERVACIONES:

.....

.....

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO 2005

CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - Ley Nº 17.622

CUESTIONARIO INDIVIDUAL (18 años y más)

1. IDENTIFICACIÓN (ID)

				01			
Código de aglomerado	Código de localidad	Código de área	Nº en el listado	Vivienda Nº	Hogar Nº	Cantidad de hogares en la vivienda	Persona seleccionada

Entrevista realizada
Encuestador: (_ _) 1 2
Si No
Supervisor: (_ _)

2. SITUACIÓN LABORAL (SL)

1 ¿En la semana pasada, _____ trabajó por lo menos una hora? (sin contar las tareas de su hogar)

Si 1 No 2

pase a preg. 8

6 ¿Durante esos 30 días consultó amigos/parientes, puso carteles, hizo algo para ponerse por su cuenta?

Si 1 No 2

pase a bloque Salud General

2 ¿En esa semana, hizo alguna changa, fabricó algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?

Si 1 No 2

pase a preg. 8

7 ¿Durante esos 30 días, no buscó trabajo porque...

... está suspendido? 1

... ya tiene trabajo asegurado? 2

... se cansó de buscar trabajo? 3

... hay poco trabajo en esta época del año? 4

... por otras razones? (especificar) 5

pase a bloque Salud General

3 ¿La semana pasada...

... no deseaba/no quería/no podía trabajar? 1 → **pase a bloque Salud General**

... no tenía/no conseguía trabajo? 2 → **pase a preg. 5**

... no tuvo pedidos/clientes? 3 → **pase a preg. 5**

... tenía un trabajo/negocio al que no concurrió? 4 →

4 ¿No concurrió por...

... vacaciones, licencia? (enfermedad, matrimonio, embarazo, etc.) 1 → **pase a preg. 8**

... causas personales? (viajes, trámites, etc.) 2 → **pase a preg. 8**

... huelga/conflicto laboral? 3 → **pase a preg. 5**

... suspensión con pago? 4 → **pase a preg. 8**

... suspensión sin pago? 5 → **pase a preg. 5**

... otras causas laborales y volverá a lo sumo en un mes? 6 → **pase a preg. 8**

... otras causas laborales y volverá en más de un mes? 7 → **pase a preg. 5**

5 En los últimos 30 días, ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?

Si 1 No 2

pase a bloque Salud General

8 ¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones ...

... menos de 35 horas semanales? 1

... entre 35 y 45 horas semanales? 2

... más de 45 horas semanales? 3

... Ns/Nc 9

9 ¿En la ocupación principal (si tiene más de una aquella que habitualmente le lleva más horas) _____ trabaja ...

... para su propio negocio/empresa/actividad? 1 **pase a preg. 10**

... como obrero o empleado para un patrón/empresa/institución (incluye agencia de empleo)? 2 → **pase a bloque Salud General**

... como servicio doméstico? 3

... como trabajador familiar sin pago? 4

10 ¿En ese negocio/empresa/actividad se emplean personas asalariadas?

Si 1 No 2

Cómputos

3. SALUD GENERAL (SG)

1 En general, usted diría que su salud es:
Lea todas las opciones y marque la que corresponda

Excelente	<input type="checkbox"/>	1
Muy buena	<input type="checkbox"/>	2
Buena	<input type="checkbox"/>	3
Regular	<input type="checkbox"/>	4
Mala	<input type="checkbox"/>	5

Para ser completado por el entrevistado (Entregue el cuestionario y explique su llenado)

Marque con una cruz aquellas afirmaciones que describan mejor su estado de salud **al día de hoy**.

2 Movilidad

No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para caminar	<input type="checkbox"/>	2
Tengo que estar en cama	<input type="checkbox"/>	3

5 Dolor/malestar

No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>	1
Tengo un dolor o malestar moderado	<input type="checkbox"/>	2
Tengo mucho dolor o malestar	<input type="checkbox"/>	3

3 Cuidado personal

No tengo problemas para lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	<input type="checkbox"/>	3

6 Ansiedad/depresión

No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>	1
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	2
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>	3

4 Actividades cotidianas
(Ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	3

7 Para ayudarlo a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy. Por favor, dibuje una línea desde el cero hasta el número que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy

4. ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre sus actividades físicas

1 Las actividades físicas intensas son aquellas que lo hacen respirar mucho más rápido y le exigen un mayor esfuerzo físico

En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas intensas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana:

No realiza estas actividades: 8

pase a preg. 3

2 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas?

Horas:

Minutos:

Ns/Nc 99

3 Las actividades físicas moderadas son aquellas que lo hacen respirar algo más rápido y le exigen algún esfuerzo físico

En la última semana, ¿cuántos días realizó actividades físicas moderadas, durante al menos 10 minutos?

Días por semana:

No realiza estas actividades: 8

pase a preg. 5

4 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas?

Horas:

Minutos:

Ns/Nc 99

5 En la última semana, ¿cuántos días caminó, durante al menos 10 minutos?

Días por semana:

No realiza estas actividades: 8

pase a preg. 7

6 En los días de la semana en que usted realiza este tipo de actividades, ¿cuánto tiempo en total emplea en realizarlas?

Horas:

Minutos:

Ns/Nc 99

7 Habitualmente, ¿cuánto tiempo por día pasa sentado, por ejemplo: en su casa, en el trabajo, o en clase?

Horas:

Minutos:

5. ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA (AM)

1 En las últimas 4 semanas, ¿consultó al ...
Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una

	SI	NO
1.1 ... médico (clínico y/o especialista)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.2 ... dentista?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.3 ... psicólogo/psicoanalista/psiquiatra?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
1.4 ... kinesiólogo/fonoaudiólogo/enfermero/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

*Si contestó SI en alguna de las opciones **pase a bloque Tabaco***

2 En las últimas 4 semanas, ¿sintió algún malestar o tuvo algún problema de salud?

SI 1 No 2 → **pase a bloque Tabaco**

3 ¿Interrumpió sus actividades habituales por ese malestar?

SI 1 No 2

4 ¿Por qué no consultó?

No tenía tiempo 1

No tenía dinero 2

No le pareció importante 3

Pidió turno y todavía no lo atendieron 4

Otra razón (especificar) 5

.....

6. TABACO (TA)

1 ¿Alguna vez fumó cigarrillos?

SI 1 No 2 **pase a preg. 9**

2 ¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?

Edad en años Ns/Nc 99

3 ¿En toda su vida ha fumado por lo menos 100 cigarrillos?

SI 1 No 2 Ns/Nc 9

4 Actualmente ¿fuma usted cigarrillos ...
Lea las opciones y marque la que corresponda

... todos los días? 1

... algunos días? 2

... no fuma? 3 **pase a preg. 6**

5 Durante los últimos 30 días, en promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

Número de cigarrillos **pase a preg. 7**

Ns/Nc 99 **pase a preg. 7**

6 ¿Cuándo fue la última vez que fumó?

Hace 1 día o menos 1

Más de 1 día y menos de 1 mes 2

Entre 1 y 6 meses 3 **pase a preg. 9**

Entre 7 meses y 1 año 4

Más de 1 año 5

7 ¿Piensa dejar de fumar?

SI 1 No 2 Ns/Nc 9

pase a preg. 9

8 ¿En cuánto tiempo espera conseguirlo?

Meses Ns/Nc 99

9 ¿Habitualmente personas de su entorno fuman cerca suyo?

SI 1 No 2 **pase a bloque Hipertensión Arterial**

10 ¿De los siete días de la semana cuántos días fuman cerca suyo?

Días Ns/Nc 9

11 ¿En qué lugares lo hacen ...
Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una

	SI	NO
11.1 ... en su casa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.2 ... en su trabajo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.3 ... en su lugar de estudio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11.4 ... en otros lugares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

7. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HA)

1 ¿Alguna vez le han tomado la presión arterial?

Sí 1
 No 2 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 3*

2 ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron la presión arterial?

Menos de 1 año 1
 Entre 1 y 2 años 2
 Más de 2 años 3
 Ns/Nc 9

3 ¿Cuántas veces un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía la presión alta?

Sólo una vez 1
 Más de una vez 2
 Ninguna 3 *pase a bloque Peso Corporal*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Peso Corporal*

4 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para controlar su presión arterial?

Sí 1
 No 2 *pase a bloque Peso corporal*

5 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

... medicamentos? 1
 ... tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, reducción de peso)? 2
 ... ambos? 3

8. PESO CORPORAL (PC)

1 En el último año, ¿un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene que bajar de peso?

Sí 1
 No 2 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 3*

2 ¿Está usted en estos momentos haciendo algo para bajar de peso? (por ejemplo: dieta, ejercicio, tomar medicamentos)

Sí 1 *pase a preg. 4* No 2

3 ¿En estos momentos está haciendo algo para mantener controlado su peso?

Sí 1 No 2

4 ¿Cuándo fue la última vez que se pesó?

Menos de 1 año 1
 Entre 1 y 2 años 2
 Más de 2 años 3
 Nunca se ha pesado 4
 Ns/Nc 9

5 ¿Cuánto cree usted que está pesando?

Peso en kg: No sabe 999

6 ¿Cuánto mide?

Altura en cm: No sabe 999

9. ALIMENTACIÓN (AL)

1 ¿Le agrega sal a los alimentos una vez que están cocidos o al sentarse a la mesa?

Nunca 1
 Raras veces 2
 Siempre o casi siempre 3

2 ¿Qué usa más frecuentemente para cocinar (marque sólo una opción) ...

... aceite? 1
 ... grasa? 2
 ... manteca? 3
 ... otro? 4
 ... cocina sin ningún tipo de aceite o grasa? 5

3 ¿Cuántos días de la semana pasada, en su casa o fuera de ella, comió o bebió ...

	Días	No consumió	Ns/Nc
3.1 ... jugos de frutas naturales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.2 ... frutas (sin contar los jugos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.3 ... vegetales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.4 ... huevos (tortillas, tartas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.5 ... carne vacuna, pollo, cerdo o cordero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.6 ... pescado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3.7 ... lácteos (leche, queso, yogur, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

10. COLESTEROL (CO)

1 ¿Alguna vez le han medido el colesterol?

Sí 1
 No 2 *pase a preg. 3*
 Ns/Nc 9 *pase a preg. 3*

2 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron el colesterol?

Menos de 1 año 1
 Entre 1 y 2 años 2
 Más de 2 años 3
 Ns/Nc 9

3 ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía el colesterol alto?

Sí 1
 No 2 *pase a bloque Consumo de Alcohol*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Consumo de Alcohol*

4 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlado su colesterol?

Sí 1
 No 2 *pase a bloque Consumo de Alcohol*

5 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

... medicamentos? 1
 ... tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)? 2
 ... ambos? 3

11. CONSUMO DE ALCOHOL (CA)

1 ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky o parecidos (vodka, ron) en los últimos 30 días?

Sí 1
 No 2 *pase a bloque Diabetes*
 Ns/Nc 9 *pase a bloque Diabetes*

2 ¿Con qué frecuencia tomó alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días? (complete sólo una opción)

2.1 ...Días por semana 2.2 ... Días por mes

Ns/Nc 9

3 Los días que toma, ¿cuánto acostumbra a tomar por día ...

Para el entrevistador: La tabla siguiente debe indicar la cantidad total que el entrevistado toma o tomaba en un solo día. Esto puede incluir la combinación de varios tipos de bebida. Después de la primera referencia, pregunte si tomaba algo más en ese mismo día.

<p>3.1 ... de cerveza?</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 latita = 1 trago 1 litro = 3 tragos 3/4 litro = 2,3 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>3.2 ... de vino?</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>3.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)</p> <p>No toma <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>3.4 ... otras bebidas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Cuáles? </p>
---	--	---	--

4 En algunas ocasiones, es común que uno tome más de lo habitual. En los últimos 30 días, ¿cuánto tomó el día que más tomó...

<p>4.1 ... de cerveza?</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 latita = 1 trago 1 litro = 3 tragos 3/4 litro = 2,3 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>4.2 ... de vino?</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>4.3 ... de bebida fuerte? (licores, whisky, vodka, gin o similares)</p> <p>No tomó más de lo habitual <input type="checkbox"/> 88</p> <p>1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos</p> <p>Cantidad de tragos <input type="text"/>, <input type="text"/></p>	<p>4.4 ... otras bebidas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Cuáles? </p>
--	---	--	--

5 En los últimos 30 días, ¿al menos una vez manejó un auto, moto o bicicleta luego de haber tomado alguna bebida con alcohol?

Sí 1 No 2 No manejó en los últimos 30 días 3

12. DIABETES (DI)

1 ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

Sí 1 **Si es mujer pase a preg. 2**
Si es varón pase a preg. 3

No 2 **pase a preg. 5**

Ns/Nc 9 **pase a preg. 5**

2 ¿Eso ocurrió cuando estaba embarazada?

Sí 1

No 2

Ns/Nc 9

3 ¿En estos momentos está haciendo algún tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su diabetes/azúcar en sangre?

Sí 1

No 2

pase a preg. 5

4 ¿Qué tipo de tratamiento está haciendo ...

... medicamentos? 1

...tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)? 2

... ambos? 3

5 ¿Cuándo fue la última vez que le midieron glucemia/azúcar en sangre?

Menos de 1 año 1

Entre 1 y 2 años 2

Más de 2 años 3

Nunca se la midió 4

Ns/Nc 9

13. PRÁCTICAS PREVENTIVAS (PP)

Sólo para mujeres

1 ¿Alguna vez se hizo una mamografía?
(Una mamografía es una radiografía de cada mama)

Sí 1 **pase a preg. 3**

No 2 **pase a preg. 3**

Ns/Nc 9 **pase a preg. 3**

2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?

Menos de 1 año 1

Entre 1 y 2 años 2

Más de 2 años 3

Ns/Nc 9

3 ¿Alguna vez se hizo un Papanicolaou?
(Un Papanicolaou es un examen para detectar problemas en el cuello del útero)

Sí 1 **pase a preg. 5**

No 2 **pase a preg. 5**

Ns/Nc 9 **pase a preg. 5**

4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo un Papanicolaou?

Menos de 1 año 1

Entre 1 y 2 años 2

Más de 2 años 3

Ns/Nc 9

Varones y mujeres hasta 65 años

5 ¿Actualmente, usted o su pareja se cuida cuando tiene relaciones sexuales?

Le recuerdo que usted nunca podrá ser identificada/o por estas respuestas.

A veces 1

Siempre 2

No se cuida 3 **pase a bloque Prevención de Accidentes**

No tiene relaciones sexuales 4 **pase a bloque Prevención de Accidentes**

6 ¿Cómo se cuida usted o su pareja? *(Lea cada opción por separado y marque SI o NO en cada una)*

	SI	NO
6.1 ... Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.2 ... Ritmo o control del período menstrual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.3 ... Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.4 ... Espiral o DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.5 ... Diafragma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.6 ... Coito interrumpido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6.7 ... Otro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

14. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES (PA)

1 ¿Si maneja o viaja en bicicleta o moto, con qué frecuencia usa casco?

Siempre 1
 A veces 2
 Nunca 3
 No viaja en bicicleta o moto 4

3 ¿Actualmente hay algún arma de fuego dentro de su casa, automóvil, garage o depósito?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

2 ¿Si maneja o viaja en auto, con qué frecuencia usa cinturón de seguridad?

Siempre 1
 A veces 2
 Nunca 3
 No viaja en auto 4

4 En los últimos 12 meses, ¿alguien le robó a mano armada?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

Las siguientes preguntas se refieren a la seguridad y a las armas de fuego. Las armas de fuego incluyen armas tales como pistolas, escopetas y rifles.

5 En los últimos 12 meses, ¿usted vió que le robaran a mano armada a otra persona?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

6 En los últimos 12 meses, ¿fue golpeado/a por otra persona?

Sí 1
 No 2
 Ns/Nc 9

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

15. CANTIDAD DE VISITAS A LA PERSONA SELECCIONADA (CV)

Visita Nº	Fecha	Hora	Observaciones
1			
2			
3			

16. MOTIVO DE NO RESPUESTA INDIVIDUAL (MNR)

Ausencia momentánea 1
 Rechazo 2
 Otras causas (especificar) 3

Publicaciones anteriores

1. (1984) La pobreza en la Argentina: indicadores de necesidades básicas insatisfechas a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1980
2. (1984) Los Censos de Población del '80: taller de análisis y evaluación.
3. (1985) La Juventud de la Argentina.
4. (1986) Proyección de la población 1970-2025: urbana y rural y económicamente activa por sexo y grupo de edad.
5. (1986) Sistema integrado de estadísticas continuas sobre la infancia.
6. (1987) Exportaciones industriales: perfil y comportamiento de las empresas exportadoras de manufacturas.
7. (1987) Encuesta industrial de electrónica.
8. (1987) Los censos del '90: características económicas de la población.
9. (1987) Economía no registrada.
10. (1988) Tablas de mortalidad 1980-1981: total y jurisdicciones.
11. (1988) Encuesta de gastos e ingresos de los hogares.
12. (1988-1989) Trabajadores por cuenta propia: Encuesta del Gran Buenos Aires.
13. (1989) La pobreza en el conurbano bonaerense.
14. (1989) La pobreza en la ciudad de Posadas.
15. (1989) Estimaciones y proyecciones de población 1959-2025 (versión revisada)
16. (1989) La pobreza de Santiago del Estero y La Banda.
17. (1989) La pobreza en la ciudad de General Roca.
18. (1989) La pobreza en la ciudad de Neuquén.
19. (1990) Encuesta de hogares: errores de muestreo y efectos de diseño.
20. (1992) Cantidades consumidas: Encuesta de gasto de los hogares.
21. (1992) El consumo y el ingreso de los hogares frente a una caída de la tasa de inflación. EGH 1985/1986.
22. (1993) Encuesta de gastos e ingresos de los hogares: San Salvador de Jujuy. Septiembre 1981. Agosto 1982.
23. (1994) Estimaciones y proyecciones de población: 1950-2050. Total del país.
24. (1996) Perfil de los hogares y de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

25. (1996) El cultivo de la jojoba.
26. (1997) Horticultura bajo cubierta.
27. (1997) Hogares particulares con menores: perfil sociodemográfico.
28. (1998) Hogares particulares con adultos mayores: perfil sociodemográfico.
29. (1997) La migración internacional en la Argentina: sus características e impacto.
30. (1998) Hogares particulares con jóvenes: perfil sociodemográfico.
31. (1998) Encuesta sobre la conducta tecnológica de las empresas industriales argentinas.
32. (1999) Un modelo de predicción del Estimador Mensual Industrial (EMI).
33. (1999) Ajuste estacional de series elaboradas por INDEC.
34. (1999) La producción industrial argentina en los años '90.
35. (1999) Uso de técnicas multivariadas para la detección de posibles adulteraciones en encuestas.
36. (2000) Hogares particulares con poblaciones objetivo: perfil sociodemográfico.
37. (2003) Ajuste estacional y estimación de la tendencia - ciclo de las series del comercio exterior argentino.
38. (2003) Segunda encuesta nacional de innovación y conducta tecnológica en las empresas industriales argentinas 1998/2001.
39. (2004) Estimación del stock de capital fijo de la República Argentina 1990-2003. Fuentes, métodos y resultados.

Este volumen de
Encuesta Especiales del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares
con una tirada de 500 ejemplares
se terminó de imprimir en el mes de abril de 2006
en el departamento de publicaciones del INDEC
Av. Presidente Julio A. Roca 609 C1067ABB
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina