

# **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 no registrado
- /// 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>

<b>Contenidos</b>	<b>Página</b>
<b>Presentación</b>	5
<b>Dirección Nacional de Estadísticas de Condiciones de Vida</b>	7
<b>1. Sistema Integrado de Estadísticas de Condiciones de Vida</b>	9
<b>1.1. Sistema de Índices de Precios de Consumo (SIPC)</b>	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
<b>1.2. Sistema Integrado de Encuestas a Hogares - SIEH</b>	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

	<b>Página</b>
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](http://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](http://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](http://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 elaborado por el INDEC, en virtud de la Ley 11.488, sobre el uso de estadísticas censales, y de la Ley 11.489, sobre el uso de estadísticas censales, y de la Ley 11.490, sobre el uso de estadísticas censales. Los datos obtenidos en esta encuesta no serán publicados en forma individualizada, sino en forma agregada, y serán utilizados para fines estadísticos. El INDEC garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos en esta encuesta.

Provincia   
  Localidad   
  Calle   
  Tipo de zona   
  Nº de vivienda   
  Depto.

Nivel de las construcciones viviendas (0 a 7 y 8)   
  Nivel de las construcciones hogares (0 a 10 y 11)   
  Cantidad de hogares dentro vivienda   
  Nivel de las construcciones del hogar   
  Nivel de las construcciones de 0 a 17 años   
  Nº de personas en vivienda

Provincia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Observaciones generales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Muestra aleatoria de hogares

Número de	Fecha	Nivel	Resultado
1			
2			
3			
4			

Encuestador   
  Supervisor   
  Asesor   
  Registrador

**Códigos de razón de no respuesta**

<p><b>VICTIMAS DE AGRESIONES</b></p> <p>01. Desconocido en una o más variables anteriores (02)</p> <p>02. Inaplicable en determinado</p> <p>03. No se recuerda o ha pasado</p> <p>04. En conversación o silencio</p> <p>05. Situación ocupada con fines de INTERVENCIONES (salvo lesiones, asistencia médica, policía, bomberos, etc.)</p> <p>06. Local o momento del suceso</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>VICTIMAS DE MALTRATOS</b></p> <p>07. Desconocido en adelante</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Razón de no respuesta</b></p> <p>08. Ayuda que está recibiendo (o se pudo obtener anteriormente)</p> <p>09. Situación temporal (caso, vacaciones, etc.)</p> <p>10. Muerto</p> <p>11. Otras razones (vacaciones, permiso, etc.) (no se debe usar cuando se desconoce el motivo)</p> <p>12. Situación en conversación - análisis</p> <p>13. Situación posterior al suceso</p> <p>14. No sabe a ciencia cierta</p>	<p>Comentarios</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Más de una víctima en la vivienda</b></p> <p>Algunas viviendas hay en una situación que no figura en el listado. Si la cantidad de víctimas es 0 o más, los dos indicadores de víctima que figuran en el manual 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>

**Características de la Violencia**

1. **INDICAR CANTIDAD DE Hogares EN LA VIVIENDA**  
 2. **Completar casillero correspondiente en la cantidad**

**!** **Indice** (Personas o grupo de personas, colectiva o no, que sufrirá bajo un mismo título y circunstancias los gastos de alimentación, ya sean gastos económicos para ella)

**Características de la Violencia | Para el índice o primer hogar**

**!** **tipo de vivienda** 1. 2. **Completar por observación - Indague si es necesario**

= Casa \_\_\_\_\_

= Departamento \_\_\_\_\_

= Calle \_\_\_\_\_

= Plaza en República/Caracas \_\_\_\_\_

= Plaza en zona o campo \_\_\_\_\_

= Local no destinado para habitar \_\_\_\_\_

= Otro ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

responder

INDEC

2008 / Violencia

**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
- Chapas de metal o aluminio
- Otros, como: yeso, para este o cualquier otro material
- Otro  especificar

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

- Cerámica, linóleo, parquet, mármol, madera o alfombrado
- Cemento o terrazo tipo
- Tierra o ladrillo cocido
- Otro  especificar

**4** ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? (Incluyendo cocina, baño, patio, etc.) **3**

| |

**Características del Hogar - Para todos los hogares**

**5** ¿Existen restricciones con el uso exclusivo del hogar? **3**

| |

**6** ¿Tiene agua... **3**

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

**7** ¿La provisión de agua es... **3**

- ... 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

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

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  2

**12** ¿El baño tiene...? **12**

- ... inodoro con agua / inodoro / cisterna y sistema de agua? \_\_\_\_\_  1
- ... inodoro sin agua / cisterna y con sistema de agua en botellón? \_\_\_\_\_  2
- ... letrina con sistema de agua? \_\_\_\_\_  3

**13** ¿El drenaje del inodoro es...? **13**

- ... a red pública exterior? \_\_\_\_\_  1
- ... a cisterna séptica y agua negra? \_\_\_\_\_  2
- ... sólo a agua negra? \_\_\_\_\_  3
- ... otro? \_\_\_\_\_  4

**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 amistad? \_\_\_\_\_  5
- ... ocupante de hecho sin parentesco? \_\_\_\_\_  6
- ... otro? \_\_\_\_\_  7

# Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

**INEC**  
 INSTITUCIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS  
 2004 (Ciclo de la Actividad Agendar)

Encuesta Nacional de Estadística

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

2004

Este es un instrumento estadístico y censal, Ley 17411, artículo 30. La información que se suministra a los sistemas estadísticos oficiales (Medios Masivos de Comunicación) será utilizada para actividades estadísticas. La información no será divulgada al público en forma de listas, cuadros, gráficos o mapas y demás derivados.

## 2 Hogar

Familia    
  UEB    
  Area    
  Tipo de UEB    
  Nº de vivienda    
  Hogar    
  Base de un grupo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)    
  Número de unidades censales

Observaciones:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

CHARACTERISTICS IN BRAZIL

Age 18-24 25-34 35-44	Gender	Total	1-		2-		3-		4-		5-		6-	
			1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-	1-	2-		
			<p>1- Voto</p> <p>2- Não voto</p>	<p>3- Não sabe</p> <p>4- Não sabe</p>	<p>5- Não sabe</p> <p>6- Não sabe</p>	<p>7- Não sabe</p> <p>8- Não sabe</p>	<p>9- Não sabe</p> <p>10- Não sabe</p>	<p>11- Não sabe</p> <p>12- Não sabe</p>	<p>13- Não sabe</p> <p>14- Não sabe</p>	<p>15- Não sabe</p> <p>16- Não sabe</p>	<p>17- Não sabe</p> <p>18- Não sabe</p>	<p>19- Não sabe</p> <p>20- Não sabe</p>	<p>21- Não sabe</p> <p>22- Não sabe</p>	
			<p>1- Não sabe</p> <p>2- Não sabe</p>	<p>3- Não sabe</p> <p>4- Não sabe</p>	<p>5- Não sabe</p> <p>6- Não sabe</p>	<p>7- Não sabe</p> <p>8- Não sabe</p>	<p>9- Não sabe</p> <p>10- Não sabe</p>	<p>11- Não sabe</p> <p>12- Não sabe</p>	<p>13- Não sabe</p> <p>14- Não sabe</p>	<p>15- Não sabe</p> <p>16- Não sabe</p>	<p>17- Não sabe</p> <p>18- Não sabe</p>	<p>19- Não sabe</p> <p>20- Não sabe</p>	<p>21- Não sabe</p> <p>22- Não sabe</p>	
			<p>1- Não sabe</p> <p>2- Não sabe</p>	<p>3- Não sabe</p> <p>4- Não sabe</p>	<p>5- Não sabe</p> <p>6- Não sabe</p>	<p>7- Não sabe</p> <p>8- Não sabe</p>	<p>9- Não sabe</p> <p>10- Não sabe</p>	<p>11- Não sabe</p> <p>12- Não sabe</p>	<p>13- Não sabe</p> <p>14- Não sabe</p>	<p>15- Não sabe</p> <p>16- Não sabe</p>	<p>17- Não sabe</p> <p>18- Não sabe</p>	<p>19- Não sabe</p> <p>20- Não sabe</p>	<p>21- Não sabe</p> <p>22- Não sabe</p>	
			<p>1- Não sabe</p> <p>2- Não sabe</p>	<p>3- Não sabe</p> <p>4- Não sabe</p>	<p>5- Não sabe</p> <p>6- Não sabe</p>	<p>7- Não sabe</p> <p>8- Não sabe</p>	<p>9- Não sabe</p> <p>10- Não sabe</p>	<p>11- Não sabe</p> <p>12- Não sabe</p>	<p>13- Não sabe</p> <p>14- Não sabe</p>	<p>15- Não sabe</p> <p>16- Não sabe</p>	<p>17- Não sabe</p> <p>18- Não sabe</p>	<p>19- Não sabe</p> <p>20- Não sabe</p>	<p>21- Não sabe</p> <p>22- Não sabe</p>	
			<p>1- Não sabe</p> <p>2- Não sabe</p>	<p>3- Não sabe</p> <p>4- Não sabe</p>	<p>5- Não sabe</p> <p>6- Não sabe</p>	<p>7- Não sabe</p> <p>8- Não sabe</p>	<p>9- Não sabe</p> <p>10- Não sabe</p>	<p>11- Não sabe</p> <p>12- Não sabe</p>	<p>13- Não sabe</p> <p>14- Não sabe</p>	<p>15- Não sabe</p> <p>16- Não sabe</p>	<p>17- Não sabe</p> <p>18- Não sabe</p>	<p>19- Não sabe</p> <p>20- Não sabe</p>	<p>21- Não sabe</p> <p>22- Não sabe</p>	

Figura 1

IBGE/2009



10.	11.	12.	13.	14.	15.
<p>¿Qué actividades de este tipo realiza?</p> <p>1- Colabora en actividades de voluntariado comunitario, profesional, deportivo, etc.</p> <p>2- Colabora con otras personas en actividades de voluntariado comunitario, profesional, deportivo, etc.</p> <p>3- Prepara alimentos para otros.</p> <p>4- Consume bebidas alcohólicas.</p> <p>5- Fuma.</p> <p>6- Otros: <input type="text"/></p>	<p>¿Cuántas veces al mes realiza estas actividades?</p> <p>1- 0</p> <p>2- 1-2</p>	<p>¿Cuánto tiempo dedica a estas actividades?</p> <p>1- Menos de 1 hora</p> <p>2- 1 a 2 horas</p> <p>3- 3 a 4 horas</p> <p>4- 5 a 6 horas</p> <p>5- Más de 6 horas</p>	<p>¿Qué tipo de alcohol consume?</p> <p>1- Vinos</p> <p>2- Cervezas</p> <p>3- Whisky</p> <p>4- Ginebra</p> <p>5- Ron</p> <p>6- Otros</p>	<p>¿Con qué frecuencia consume alcohol?</p> <p>1- 0</p> <p>2- 1-2</p>	<p>¿Qué tipo de bebidas consume?</p> <p>1- Agua</p> <p>2- Café</p> <p>3- Té</p> <p>4- Leche</p> <p>5- Otros</p>

10001100

100011

**PROCESO 1007**  
**CONSERVACIÓN DE CARACTERÍSTICAS**  
**CONSERVACIÓN DE ACTIVIDAD**

1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1
Identificación	Objetivo	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad	Actividad
1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1

000001

000002

ENCUESTA NACIONAL DE VIVIENDAS  
 ESTADO DE CALIDAD DE VIVIENDAS  
 Opciones de vivienda

Q1 ¿En cuánta habitación vive usted?  1. ...una habitación (1 habitación) 2. ...dos habitaciones (2 habitaciones) 3. ...tres habitaciones (3 habitaciones) 4. ...cuatro habitaciones (4 habitaciones) 5. ...más de cuatro habitaciones (5 o más habitaciones)	Q2 ¿La habitación o el departamento al que vive usted es una vivienda independiente?  1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Q3 ¿En qué categoría de vivienda vive usted?  1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Q4 ¿Dónde vive usted?  1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Q5 ¿Dónde vive usted ahora? ¿En una vivienda independiente?  1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>

F011-162

F011-162

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)						
11	12	13	14	15	16	17
¿Mantén responsable a los socios?	Si es así, ¿responsable por qué? (de qué) ¿cómo se relaciona con otros socios (¿cómo)? ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	¿En qué áreas se relaciona con otros socios? ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	¿En qué trabajos se relaciona con otros socios? 1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 2. ... ¿cómo se relaciona con socios activos? 3. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 4. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 5. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 6. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	¿Por qué trabajos...	¿En qué trabajos...	¿En qué trabajos...
1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?		¿En qué trabajos...	1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 2. ... ¿cómo se relaciona con socios activos? 3. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 4. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 5. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos? 6. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?	1. ... ¿cómo se relaciona con socios pasivos?
+	+	+	+		+	

Módulo 18 - Atención a la familia (M18)										
Características sociodemográficas										
Características de la experiencia de violencia, (M18.1) (M18.2) (M18.3) (M18.4) (M18.5)										
M18.1	M18.2	M18.3	M18.4							M18.5
1. ¿Es víctima de...?	1. ¿El respecto/ desrespeto/ maltrato/ maltrato sexual...?	2. En una experiencia que le causó...?	3. Cuántas personas forman el núcleo familiar/ escolar/ laboral? (Indicar si varía entre las dos opciones y señalar de qué configuración)							4. ¿Cuál es el nivel de gravedad de los problemas de salud mental/ emocional/ o de familia de los que sufrió?
1. ...no 2. ...sí	1. ...no 2. ...sí	1. ...desprecio 2. ...abuso 3. ...desprecio 4. ...desprecio 5. ...desprecio 6. ...desprecio 7. ...desprecio 8. ...desprecio 9. ...desprecio 10. ...desprecio 11. ...desprecio 12. ...desprecio	1. 1 persona 2. 2 a 3 personas 3. 4 a 5 personas 4. 6 a 10 personas 5. 11 a 20 personas 6. 21 a 30 personas 7. más de 30 personas 8. otros							1. No 2. Sí
M18.5										



C10 ¿Cuántas horas de ingresos tiene usted o el jefe/a de familia en el mes anterior a este mes por otros trabajos?	C11 ¿Cuántas horas de ingresos tiene usted o el jefe/a de familia por actividades agrícolas o ganaderas?	C12 ¿En el último mes, recibió dinero por algún programa social del gobierno (Instituto Provincial, Municipal)?	C13 ¿Cuántas horas de actividades voluntarias (políticas) realizó el último mes por otros programas sociales?	C14 ¿Cuántas horas de voluntariado realizó en el último mes por otros programas sociales de organismos, empresas, centros, etc.?
En pesos R1. Sin incluir otros ingresos R2. No sé	En pesos R3. Sin incluir la pensión R4. No sé	1. Sí 2. Poca cosa 3. Casi nada 4. Ninguna  Cuanto más por más dinero recibió por los programas	En pesos R5. No sé	
+	+	+	+	+
1		1		
2		2		
3		3		
4		4		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				

						1	2	3	4	5	6	Criterii de notare		Notă finală																	
<p><b>010</b></p> <p>În cele câteva 13 minute, amărești apăsătoare din otrăvitoarele care răsună în masa Europei și din cărțile lor de istorie, cărei sunt...</p> <p>1. ...absolută</p> <p>2. ...supraponderantă</p> <p>3. ...deosebit de mare</p> <p>4. ...abstracție</p> <p>5. ...atracție</p> <p>6. ...măsură</p> <p style="text-align: right;"><b>020</b></p> <p>(Nu este vorba de nici un aspect din acestea.)</p>						<p><b>020</b></p> <p>„Cămine în de vânt apăsătoare” (Nu sunt considerați principalii și înțelesurile)</p> <p>1. ...supraponderantă</p> <p>2. ...absolută</p> <p>3. ...deosebit de mare</p> <p>4. ...deosebit de mare / deosebit de mare</p> <p>5. ...deosebit de mare</p> <p>6. ...deosebit de mare (nu este vorba de nici un aspect)</p> <p>7. ...măsură</p> <p style="text-align: right;"><b>030</b></p>						<p><b>030</b></p> <p>„Cămine în de vânt apăsătoare” (Nu sunt considerați principalii și înțelesurile)</p> <p>1. ...absolută</p> <p>2. ...supraponderantă</p> <p style="text-align: right;"><b>040</b></p>																			







# Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

INDEC  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
GOBIERNO DE LA ARGENTINA

Encuesta Provincial de Estadística

Encuesta sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes

2014

**3**

**Individual  
5 a 17 años**

Este formulario debe ser diligenciado por el responsable del hogar, o quien lo represente, con respecto al hogar seleccionado. Se debe completar el formulario en el momento de realizar la encuesta. El responsable del hogar debe proporcionar la información de manera honesta y veraz.

\_\_\_\_\_

Provincia

\_\_\_\_\_

CPA

\_\_\_\_\_

zona

\_\_\_\_\_

Tipo de  
hogar

\_\_\_\_\_

Nº de vivienda

\_\_\_\_\_

según

\_\_\_\_\_

Nº de viviendas

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

hora de la  
respuesta (H)

\_\_\_\_\_

Nº de vivienda  
responde

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDEC

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO  
Av. Leandro N. S. 1540, C1027, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel: (011) 5294-7171

**3-3 Bloque 3 / Educación**

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

<b>1.3</b> ¿Presta alguna vez a la escuela?	<b>1.4</b>
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

**4 Bloque Asiste**

<b>1.5</b> ¿Qué asiste con más?	<b>1.6</b>
sí - <b>Muchísimo</b>	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela
<i>¿Frecuente o sala de jardín</i> _____	
sí - <b>Mucho</b>	<input type="checkbox"/>
<i>¿ 2da (3ra y 4ta año)</i> _____	
<i>¿ Primaria (1ra a 7ma grado)</i> _____	
sí - <b>Muy Mucho</b>	<input type="checkbox"/>
<i>¿ Politécnico (2da a 3ra o 4ta año)</i> _____	
<i>¿ Secundaria (2da a 3ra o 4ta año)</i> _____	
sí - <b>Muy regular</b>	<input type="checkbox"/> s o presta a alguna escuela
<i>¿ Técnico o universitario</i> _____	

<b>1.7</b> ¿A qué grado le está peor?	<b>1.8</b>
<b>0</b> - más cómodo en sala, cómodo o en silencio	<input type="checkbox"/>
sí - <b>1</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>2</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>3</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>4</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>5</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>6</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>7</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>8</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>9</b> _____	<input type="checkbox"/>
sí - <b>10</b> - más difícil que en sala _____	<input type="checkbox"/>

<b>EE</b>	<b>J'uso o una tecnologíaología...</b> (El/ella utiliza en casa, conectado a un internet)	<b>EE</b>
	o 1 ... móvil? <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... de escritorio? <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... tablet? (para dispositivos) <input type="checkbox"/>	

<b>EE</b>	<b>J'uso o la tecnologíaología...</b>	<b>EE</b>
	> 1 ... a la computadora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... a la tablet? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... a la red? (para correo o internet) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>EE</b>	<b>J'uso tecnologíaología a la que uso en...</b> (El/ella utiliza en casa, conectado a un internet)	<b>EE</b>
	> 1 ... correo o de internet? <input type="checkbox"/>	
	o 2 ... tablet? (para dispositivos) <input type="checkbox"/>	

<b>EE</b>	<b>J'uso la tecnología, recibiendo un servicio gratuito desde algún otro lugar de comunicación o internet...</b> (El/ella utiliza en casa, conectado a un internet)	<b>EE</b>
	o 1 ... a través de la cámara (webcam)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	> 2 ... correo de voz / mensajes? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 3 ... de texto o de vídeo / reuniones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 4 ... desde la red? (para correo o internet) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	o 5 ... otros servicios? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	> 6 ... dispositivos? <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"/>	

<b>EE</b>	<b>¿Recibe una línea en línea por la tecnología?</b> (El/ella utiliza en casa, conectado a un internet)	<b>EE</b>
	o 1 ... SI <input type="checkbox"/>	
	> 2 ... NO <input type="checkbox"/>	

<b>&gt;&gt;&gt; Filtro 1</b>		
>>> Acceso a Internet o móvil o 1		
Especial Especial	o 1	para el programa 11
>>> Acceso a móvil/Internet	o 2	para el programa 11B
>>> Acceso a Internet/Internet	>>>	para el programa 11C
<b>&gt;&gt;&gt; Filtro 1</b>		

**2-2 Bloque No asistió, pero asistió**

<b>11.1</b>	<b>11.2</b>
<b>¿Quién qué nivel eligió a trabajar?</b>	
1) No Asistió 2) Faltó a la 1ª o 2ª sesión _____ <input type="checkbox"/> <small>o 3. vez a jornada 000</small>	
3) No Asistió 4) 2008 (1ª a 3ª sesión) _____ <input type="checkbox"/>	
5) 2009 (1ª a 7ª sesión) _____ <input type="checkbox"/>	
6) No Asistió 7) 2008 (1ª a 3ª o 4ª sesión) _____ <input type="checkbox"/>	
8) 2009 (1ª a 3ª o 4ª sesión) _____ <input type="checkbox"/>	
9) No Asistió 10) 2008 (1ª a 3ª sesión) _____ <input type="checkbox"/> <small>o 3. vez a jornada 000</small>	

<b>11.1</b>	<b>11.2</b>
<b>¿Cuál fue el último grado a que se graduó?</b> <small>(El año cuando se graduó, cuando a un año)</small>	
1) 0 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
2) 1 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
3) 2 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
4) 3 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
5) 4 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
6) 5 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
7) 6 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
8) 7 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
9) 8 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
10) 9 _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
11) 10 No tiene registro de año o grado _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	

<b>11.1</b>	<b>11.2</b>
<b>¿La última escuela trabajó a la que fue graduado...?</b> <small>(El año cuando se graduó, cuando a un año)</small>	
1) ... sí _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
2) ... no _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
3) ... no sé? Otro desconocido _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	

<b>11.1</b>	<b>11.2</b>
<b>¿La última escuela trabajó a la que fue graduado...?</b> <small>(El año cuando se graduó, cuando a un año)</small>	
1) ... sí _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	
2) ... no _____ <input type="checkbox"/> <small>00</small>	

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

o/n \_\_\_\_\_ años.

**Q15** ¿Por qué motivo se registra punto o no en estas/siguientes causas? **Q15**  
 En las, causas y marque las opciones que correspondan

o/n ¿En que momento era estudiante / trabajaba en el área? \_\_\_\_\_

o/n ¿Faltaba materia / curso en la escuela que quería \_\_\_\_\_

o/n ¿Quería estudiar otra cosa? \_\_\_\_\_

o/n ¿La escuela / colegio quería más cosas \_\_\_\_\_

o/n Por problemas académicos \_\_\_\_\_

o/n ¿En esa escuela / colegio había profesores de confianza o otros \_\_\_\_\_

o/n ¿Le desilusionó su carrera \_\_\_\_\_

o/n ¿El resultado oficial o no se quería estudiar \_\_\_\_\_

o/n ¿Basta que estaba a las vacaciones o días feriados de la escuela \_\_\_\_\_

o/n ¿Faltaban / ¿quería trabajar \_\_\_\_\_

o/n ¿Bastaba entonces a otros trabajos \_\_\_\_\_

o/n Por otro motivo (especificar) \_\_\_\_\_

**o/n Filtro 1**

o/n ¿Por qué razón o razón a donde se encuentra o

o/n ¿Por qué razón o razón a donde se encuentra o

o/n ¿Por qué razón o razón a donde se encuentra o

**o/n Filtro 2**

**o/n Bloque Pasaje por la Escuela**

**!** o/n Para los que están o estuvieron solo o primero o con

**Q16** ¿Cuándo llegaba tarde a la escuela o escuela (cuando estaba, más de tres veces por semana)? **Q16**

o/n Sí \_\_\_\_\_

o/n No \_\_\_\_\_  o/n ¿Por qué razón?

o/n ¿...en qué día(s)? \_\_\_\_\_  Sí  No

o/n ¿...a lo largo de la semana? \_\_\_\_\_  Sí  No

o/n ¿...al comienzo/intermedio/fine de la semana? \_\_\_\_\_  Sí  No

o/n ¿...en los días de la escuela? \_\_\_\_\_  Sí  No

o/n ¿...por otra razón (especificar) \_\_\_\_\_  Sí  No

o/n Continuar

o/n Fin

**12.7** ¿Alguna/más veces a menudo (muchas veces, más de tres días por mes) a la escuela?

Si  No

Si  No  Sí: Para el ítem 12.8

¿Porque...

1. ...comparto o ayudo a los padres u otras miembros del hogar con su trabajo Si  No

2. ... ayudo a los hermanos o a otras personas del hogar Si  No

3. ... ayudo los tareas del hogar (limpiar, lavar la ropa, lavar los platos, etc.) Si  No

4. ... en quince días Si  No

5. ... no tengo ganas de ir a la escuela Si  No

6. ... otro motivo (especificar) \_\_\_\_\_ Si  No

**12.8** ¿Alguna/más veces con un grado de primaria? más de 1000 porque al menos una o dos veces al mes?

Si  No

Si  No  Sí: Para el ítem 12.9

**12.9** ¿Alguna/más veces reparte o ayuda grande en su primaria? más de 1000?

Si  No

Si  No  Sí: Para el ítem 13.1

**13.1** ¿Qué nivel de escolaridad alcanzó el primer grado de la primaria? más de 1000?

Si  No  Sí: Para el ítem 13.2

**!** > Para los que existen o existieron a Secretario o Poderador

**13.2** ¿Alguna/más veces tarde a la escuela a menudo (muchas veces, más de tres días por mes)?

Si  No

Si  No  Sí: Para el ítem 13.3

¿Porque...

1. ... en quince días? Si  No

2. ... en alguna/más veces tarde a la escuela? Si  No

3. ... no tengo ganas de ir a la escuela? Si  No

4. ... por otro motivo? (especificar) \_\_\_\_\_ Si  No

Figura 4

1000 / 1000



**E.3.3** ¿Puede/realiza o intenta (muchas veces, más de tres veces por semana) o lo intenta? **E.3.3**

1. Sí  No  Ver el capítulo E.2

2. Sí  No  Ver el capítulo E.2

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 (limpiar, lavar la ropa, hacer las compras, etc.)  Sí  No

4. ...el trabajo escolar  Sí  No

5. ...en otras cosas de la vida diaria  Sí  No

6. ...otras cosas importantes  Sí  No

**E.3.4** ¿Apuntaría alguna vez un año de la secundaria / del profesorado (quiero absolutamente o no apuntarlo)? **E.3.4**

1. Sí  No  Ver el capítulo E.2

2. Sí  No  Ver el capítulo E.2

**E.3.5** ¿Intenta o cree apuntarse de año en la secundaria / en el profesorado? **E.3.5**

1. Sí  No

2. Sí  No

**E.3.6** ¿Quiere hacer cosas nuevas importantes al terminar año de la secundaria / del profesorado? **E.3.6**

1. Sí  No  Ver el capítulo E.2

**En el Anexo 3 de Actividades**

**A.1** ¿Participaría (hacer alguna de las siguientes actividades) o lo haría alguna vez más que a lo habitual? **A.1**

1. Sí  No

2. Sí  No

3. Sí  No

4. Sí  No

5. Sí  No

6. Sí  No

7. Sí  No

8. Sí  No

9. Sí  No

10. Sí  No

11. Sí  No

12. Sí  No

13. Sí  No

14. Sí  No

15. Sí  No

16. Sí  No

17. Sí  No

18. Sí  No

19. Sí  No

20. Sí  No

21. Sí  No

22. Sí  No

23. Sí  No

24. Sí  No

25. Sí  No

26. Sí  No

27. Sí  No

28. Sí  No

29. Sí  No

30. Sí  No

31. Sí  No

32. Sí  No

33. Sí  No

34. Sí  No

35. Sí  No

36. Sí  No

37. Sí  No

38. Sí  No

39. Sí  No

40. Sí  No

41. Sí  No

42. Sí  No

43. Sí  No

44. Sí  No

45. Sí  No

46. Sí  No

47. Sí  No

48. Sí  No

49. Sí  No

50. Sí  No

51. Sí  No

52. Sí  No

53. Sí  No

54. Sí  No

55. Sí  No

56. Sí  No

57. Sí  No

58. Sí  No

59. Sí  No

60. Sí  No

61. Sí  No

62. Sí  No

63. Sí  No

64. Sí  No

65. Sí  No

66. Sí  No

67. Sí  No

68. Sí  No

69. Sí  No

70. Sí  No

71. Sí  No

72. Sí  No

73. Sí  No

74. Sí  No

75. Sí  No

76. Sí  No

77. Sí  No

78. Sí  No

79. Sí  No

80. Sí  No

81. Sí  No

82. Sí  No

83. Sí  No

84. Sí  No

85. Sí  No

86. Sí  No

87. Sí  No

88. Sí  No

89. Sí  No

90. Sí  No

91. Sí  No

92. Sí  No

93. Sí  No

94. Sí  No

95. Sí  No

96. Sí  No

97. Sí  No

98. Sí  No

99. Sí  No

100. Sí  No

**2.1** La semana pasada, ¿hiciste alguna de las siguientes actividades en la casa?

> > Elegir la(s) que se refieren a la semana

Actividad	SI	NO	¿Cuántas veces lo hiciste?	¿Cuántas veces lo hiciste por día?							¿Cuántas veces lo hiciste en la semana?
				1	2	3	4	5	6	7	
1.1.1. Usar un teléfono celular para hablar con alguien que vive fuera de casa, de un país diferente?											
1.1.2. Usar un teléfono celular para enviar o recibir mensajes de texto?											
1.1.3. Usar un teléfono celular para usar aplicaciones de redes sociales?											
1.1.4. Usar una computadora, tabletas, teléfonos inteligentes, tabletas o un móvil?											
1.1.5. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien?											
1.1.6. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien que vive fuera de casa?											
1.1.7. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien que vive en el mismo país que usted?											
1.1.8. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien que vive en el extranjero?											
1.1.9. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien que vive en el mismo país que usted?											
1.1.10. Usar un correo electrónico o mensajes de texto para comunicarse con alguien que vive en el extranjero?											

**2.2- Filtro 1**

- 2.2-1. ¿Fue en todos los momentos de la AS?  SI  NO  N/A
- 2.2-2. ¿Fue en alguna ocasión de la AS?  SI  NO  N/A

Ir al Filtro 3

**2.3** La semana pasada, ¿qué más realizaste las actividades anteriores? ¿Qué otros de las actividades anteriormente en la pregunta 2.1?

> > Se lee, investiga y marca todas las opciones que correspondan

- 2.3-1. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-2. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-3. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-4. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-5. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-6. ¿Qué más cosas que hacer?
- 2.3-7. ¿Qué más cosas que hacer?

**2.4** Cuando haces esas actividades, ¿cómo es tu estado de ánimo o cómo te sientes?

- 2.4-1. ¿Cómo te sientes?
- 2.4-2. ¿Cómo te sientes?
- 2.4-3. ¿Cómo te sientes?

A1		A1		
¿Cómo trabajamos...				
v.a. Marque con una x la respuesta o varias correctas				
		SI	NO	¿ OTRO?
1.1.1	... trabajar?			
1.1.2	... trabajar?			
1.1.3	... los temas tratados?			
1.1.4	... trabajar?			
1.1.5	... trabajar?			
1.1.6	... pueden llevarnos hacer otros cosas que trabajar?			
1.1.7	... así como trabajar?			
1.1.8	... pueden ayudar para trabajar?			
1.1.9	... los resultados?			
1.1.10	... ¿pueden dar una opinión importante...?			

**2.2 Matriz de actividades**

A2		A2			
¿Realizan alguna de las siguientes actividades?					
v.a. Marque todas para acudir a la respuesta					
Actividad	...a menudo		...a veces		
	SI	NO	SI	NO	
1.1.1	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.2	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.3	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.4	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.5	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.6	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.7	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.8	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.9	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.10	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				

A3		A3			
¿Realizan alguna de las siguientes actividades?					
v.a. Marque todas para acudir a la respuesta					
Actividad	...a menudo		...a veces		
	SI	NO	SI	NO	
1.1.1	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.2	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.3	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.4	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.5	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.6	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.7	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.8	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				
1.1.9	Apoyado en el hogar - otros roles como labores, tareas, responsabilidades, actividades, actividades, apoyo de planeación, apoyo de planificación, apoyo de planificación				
1.1.10	Actividades relacionadas con el hogar - actividades de la vida diaria				

**A.9** ¿Mantendrá alguna de sus actividades voluntarias?  
 o. Sí Siempre siempre para ayudar a las personas

**A.9**

Actividad	...en ninguna ocasión		...en una ocasión	
	Sí	No	Sí	No
1. ¿Si el voluntario o voluntaria presta servicios fuera del hogar para ayudar?				
2. ¿Si el voluntario o voluntaria presta servicios fuera del hogar, para ayudar a otras personas?				
3. ¿Si el voluntario presta servicios para ayudar?				
4. ¿Si el voluntario presta servicios para ayudar a otras personas fuera del hogar?				
5. ¿Si el voluntario presta servicios?				
6. ¿Si el voluntario presta servicios de ayuda a través de una institución o un establecimiento gubernamental?				

**A.10** ¿Prestará alguna otra actividad por plaza o a cambio de dinero?

**A.10**

o. Sí \_\_\_\_\_

...en ninguna ocasión		...en una ocasión	
Sí	No	Sí	No

**A.11** ¿Ayudará a alguien en una actividad para que gane dinero o bienes?

**A.11**

o. Sí \_\_\_\_\_

...en ninguna ocasión		...en una ocasión	
Sí	No	Sí	No

**En la Atención**

**!** **3-2- SI** en alguna de las preguntas A.9 o A.10 en la sección pasado ... 3-2-... para la pregunta **A.12**

**!** **3-2- NO** en todas las preguntas de A.9 a A.11 en la sección pasado y **SI** en alguna de las preguntas de A.9 a A.11 en el otro pasado ... 3-2-... para la pregunta **A.13**

**!** **3-2- NO** en todas las preguntas de A.9 a A.11 para la sección pasado y para el otro pasado ... 3-2-... para la pregunta **A.11**

**A.12** ¿Alguna vez en los últimos 12 meses, voluntariamente alguna de sus actividades que no reciba un pago?  
 o. Sí. Si refiere a sus preguntas A.9 a A.11

**A.12**

o. Sí  \_\_\_\_\_

o. No  \_\_\_\_\_ para la pregunta **A.12**

o. Sí  \_\_\_\_\_ para la pregunta **A.12**

o. No  \_\_\_\_\_ para la pregunta **A.12**

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

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



**A5** ¿Cuál más de sus actividades  
desarrolló durante la semana pasada  
indicando la que realizó más veces.

\_\_\_\_\_  
[ ] [ ] [ ]

**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 tareas realiza en esa actividad? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- c) ¿Qué herramientas usará para hacerla? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**A10** Además, ¿cómo...

**A11**

- a) a) ... casual? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- b) b) ... contrato de temporada? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- c) c) ... contrato para los fines? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- d) d) ... contrato indefinido? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- e) e) ... gratuito? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- f) f) ... mediante pago al uso? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- g) g) ... mediante pago de tarifa? \_\_\_\_\_ [ ] [ ]
- h) h) ... otros (especificar) \_\_\_\_\_ [ ] [ ]

**A12** ¿A qué se dedicaría si su negocio, empresa, tienda o institución para la que realiza 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, autobús, avión, etc)? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-6 ¿En otro caso (por ejemplo, en un restaurante)?         | 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 uso se da para otros servicios sus servicios?**

- |                               |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1-1 ¿A qué?                   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-2 ¿En televisión?           | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-3 ¿En computación?          | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-4 ¿En Internet?             | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-5 ¿En correo electrónico?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-6 ¿A cobro?                 | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-7 ¿En el extranjero?        | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 1-8 ¿En otro servicio, otros? | 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 usamos?	Frecuencia de veces por día								¿Cuántas veces usamos cada día o una vez al día?
	Una	Una	Una	Una	Una	Una	Una	Una	
	1	2	3	4	5	6	7		

**A.13****¿cómo usamos sus servicios?**

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

<p><b>A.20</b> ¿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><b>A.20</b></p>
<p><b>A.21</b> En el último mes, ¿gastaste dinero por esa actividad/porque 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? _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.21</b></p> <p>1.1. Para el ítem A.20</p>
<p><b>A.22</b> ¿Te dan el dinero a ti?</p> <p>1.1 Sí <input type="checkbox"/></p> <p>1.2 No <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.22</b></p> <p>1.1. Para el ítem A.21</p>
<p><b>A.23</b> ¿A quién se lo dan?</p> <p>1.1. A los padres _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. A otros familiares _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. A una persona diferente de la familia _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.23</b></p> <p>1.1. Para el ítem A.22</p>
<p><b>A.24</b> ¿En qué cosas te gastas el dinero?</p> <p>1.1. En los viajes y otros todos los gastos que correspondan _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. A los padres _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. A otros familiares _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.4. A una persona diferente de la familia _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.24</b></p> <p>1.1. Para el ítem A.23</p>
<p><b>A.25</b> ¿En qué cosas te gastas el dinero?</p> <p>1.1. En los viajes y otros todos los gastos que correspondan _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. Jugos, bebidas, cigarrillos, etc. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. 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 mismo a otros lugares _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.6. Otros _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.7. Otra(s) especificar(les) _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.25</b></p>
<p><b>A.26</b> En el último mes, ¿pretendías por realizar esa actividad...</p> <p>1.1... ¿ganar? _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.2... para ayudar? _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.3... dedicación a una sola actividad? _____ <input type="checkbox"/></p> <p>1.4... hacer algo más? _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>A.26</b></p> <p>1.1. <input type="checkbox"/></p> <p>1.2. <input type="checkbox"/></p> <p>1.3. <input type="checkbox"/></p> <p>1.4. <input type="checkbox"/></p>

**En la Filtro 0**

En la mesa de mesa \_\_\_\_\_ o.o. \_\_\_\_\_ para a pregunta **A17** *H*  
 En la mesa de y 17 años \_\_\_\_\_ o.o. \_\_\_\_\_ para a pregunta **A18** *H*

**En la Filtro 0**

**A17** En que actividades, ómbre...

- |  |                      |                          |    |                          |
|--|----------------------|--------------------------|----|--------------------------|
| 1=1 ... actividades?                           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=2 ... aparatos?                              | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=3 ... otros cosas?                           | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=4 ... aparos (electrónicos)?                 | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=5 ... actividades por medio de trabajo?      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=6 ... actividades por deporte?               | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=7 ... otras actividades? (especificar) _____ | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |

**A17** En que a hacer algunas preguntas más relacionadas con una actividad:

¿Utilizas alguna para ayudar en la respuesta?

- |  |                      |                          |    |                          |
|--|----------------------|--------------------------|----|--------------------------|
| 1=1 ¿de que tipo de que hacer?             | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=2 ¿de como?                              | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=3 ¿de donde?                             | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=4 ¿de que aparatos?                      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=5 ¿de que tiempo?                        | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=6 ¿de que actividades?                   | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=7 ¿de que aparos (con sus componentes)?  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=8 ¿de que aparos (con sus componentes)?  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=9 ¿de que aparos (con sus componentes)?  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=10 ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=11 ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=12 ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |

**A18** En el lugar donde habita una actividad...

- |   |                      |                          |    |                          |
|---|----------------------|--------------------------|----|--------------------------|
| 1=1 ... ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=2 ... ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=3 ... ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=4 ... ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |
| 1=5 ... ¿de que aparos (con sus componentes)? | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | Pa | <input type="checkbox"/> |



**A30** ¿Alguna vez le enseñaron a usar los instrumentos musicales de la familia de la flauta?

si  no

**3-2 Atención**

**!** 3-2- Si en A29 \_\_\_\_\_ le le \_\_\_\_\_ para la pregunta A30  
 3-2- No en A29 y respondió sólo sí/no  
 lo mismo para la \_\_\_\_\_ 3-2- \_\_\_\_\_ para la pregunta A30  
 3-2- No en A29 y sí en otras canciones  
 para sí y otro para la \_\_\_\_\_ 3-2- \_\_\_\_\_ para la pregunta A30

**A31** ¿Alguien fue lo que te pasó?

si o si de los siguientes? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes (sólo sí/no o si/por lo menos)? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes? \_\_\_\_\_ si  no

si o si de los siguientes (sólo sí/no)? \_\_\_\_\_ si  no

3-2- \_\_\_\_\_

**3-2 Atención**

**!** 3-2- Más de un sí en A31 \_\_\_\_\_ 3-2- \_\_\_\_\_ para la pregunta A31  
 3-2- Sí en A31 \_\_\_\_\_ 3-2- \_\_\_\_\_ para la pregunta A31

**A32** ¿Cuál fue el problema más grave?

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes o otros \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

si o si de los siguientes \_\_\_\_\_

**A33** ¿Pueden existir sus problemas... **A33**

- a) ... debido al maltrato al ser niño/a, adolescente, pariente/a?
  - b) ... debido alguna que no sea 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

**A34** Si usted/a es/a una persona que se suicidó, ¿de usted/a rememora? **A34**

- a) sí
  - b) no
- Ver Foto o página 450

**A35** ¿Cómo puede comprender los recuerdos que le suenan? **A35**

- a) sí
  - b) no
- Ver Foto o página 450

**A36** ¿Se comprueba la comprensión de recuerdos porque... **A36**

- a) ... está atento para comprender?
- b) ... los límites de audio?
- c) ... los recuerdos que?
- d) Otra razón (especificar)

**A37** Si usted/a es/a una persona que se suicidó ¿se acuerda de cuando o donde sucedió/sucedieron? **A37**

- a) sí
  - b) no
- Ver Foto o página 451

**A38** ¿Dónde fue donde/sucedieron que se suicidó? **A38**

- a) sí
  - b) no
- Ver Foto o página 451

**A39** ¿De los hechos porque... **A39**

- a) ... está atento para escuchar?
- b) ... no tiene tiempo?
- c) ... no le suenan importantes?
- 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 1**

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 1**

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

Si  Si  No  Si  No

Si  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 trabajado por actividad principal realizada durante el año pasado, la siguiente...? **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  Sí  No

¿Qué cosas hizo en esa actividad?

Si  Sí  No

¿Qué sentimientos vivió por hacer?

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

Si  Sí  No

**Q42** ¿Cómo trabajó esa actividad?

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

**Q43** ¿Era necesario la fuerza de otros trabajadores, en compañía de familia, durante sus vacaciones?

Si  Sí  No

**Q44** ¿Era necesario la fuerza...

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

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

Si  Sí  No

**Q46** ¿Hizo esa actividad principalmente...

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

Si  Sí  No

<b>A30</b>	<b>En el lugar donde vive usted sus actividades:</b>	<b>A31</b>	
	1) ¿Hace clases, tareas?	SI	<input type="checkbox"/>
	2) ¿Hace paños?	SI	<input type="checkbox"/>
	3) ¿Hace paños lavados?	SI	<input type="checkbox"/>
	4) ¿Hace paños para lavar?	SI	<input type="checkbox"/>
	5) ¿Hace otros trabajos que le piden?	SI	<input type="checkbox"/>
	Indique en el espacio que sigue:		

<b>A32</b>	<b>¿Algunas veces por sus actividades (aunque le hayan dado el dinero a otra persona)?</b>	<b>A33</b>	
	1) Sí	<input type="checkbox"/>	
	2) No	<input type="checkbox"/>	SI: Pasa a pregunta A34
	¿Alguna vez que haya sido llamado para otro trabajo?		

<b>A34</b>	<b>¿Se llama al dinero a usted?</b>	<b>A35</b>	
	1) Sí	<input type="checkbox"/>	SI: Pasa a pregunta A36
	2) No	<input type="checkbox"/>	

<b>A36</b>	<b>¿A quién se le llama?</b>	<b>A37</b>	
	1) A los padres	<input type="checkbox"/>	SI: Pasa a pregunta A38
	2) A otra persona	<input type="checkbox"/>	
	3) A una persona distinta de la familia	<input type="checkbox"/>	

<b>A38</b>	<b>¿En qué espacio le que gana el dinero por sus actividades?</b>	<b>A39</b>	
	1) En el espacio de comida, bebida, ropa, etc.	<input type="checkbox"/>	
	2) En el espacio de comida, bebida, ropa, etc.	<input type="checkbox"/>	
	3) En el espacio de hogar	<input type="checkbox"/>	
	4) En el espacio de otros lugares	<input type="checkbox"/>	
	5) No sabe	<input type="checkbox"/>	
	6) En otros espacios	<input type="checkbox"/>	

<b>A40</b>	<b>¿Algunas veces por realizar sus actividades:</b>	<b>A41</b>	
	1) ¿...comida?	SI	<input type="checkbox"/>
	2) ¿...ropa o calzado?	SI	<input type="checkbox"/>
	3) ¿...material de casa para otros?	SI	<input type="checkbox"/>
	4) ¿...otros?	SI	<input type="checkbox"/>

**En la PÁGINA 87**

De 2- Añade 27 años \_\_\_\_\_ a) \_\_\_\_\_ para el conjunto A87 87  
 De 2- Resta 88 y 87 años \_\_\_\_\_ a) \_\_\_\_\_ para el conjunto A88 88

**De 2- Página 87**

**A87** En una actividad, ¿cómo...

- a) Sí ... usualmente?  Sí  No
- b) Sí ... algunas veces?  Sí  No
- c) Sí ... otras veces?  Sí  No
- d) Sí ... pocas o nunca?  Sí  No
- e) Sí ... solamente por razones de trabajo?  Sí  No
- f) Sí ... motivación por el trabajo?  Sí  No
- g) Sí ... otras razones específicas?  Sí  No

**A88** ¿qué edad tienes cuando decides la primer actividad por la que te gradúas o por la que ganas un diploma o premio?

a) \_\_\_\_\_ años.

**A89** ¿qué te gustaría hacer cuando cumplas 88 años?

a) Si uno de los otros respuestas, marcar "según pare oportu a la integración"

- a) Sólo estudiar
- b) Sólo trabajar
- c) Sólo trabajar a los 88 años o después
- d) Sólo trabajar a solas o con hijos
- e) Trabajar y estudiar
- f) Trabajar y hacer los quehaceres domésticos
- g) Estudiar y hacer los quehaceres domésticos
- h) No hacer nada

**Fin del cuestionario**

**!** a) a completar por el encuestador

	Fecha	Firma	Instituto
a) Participación de expertos 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 LEOSTERIO
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](mailto:observatorio@sedronar.gov.ar)

Internet: [www.sedronar.gov.ar](http://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](http://www.indec.mecon.gov.ar)





## Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004

CARACTER ESTADÍSTICO CONFIDENCIAL Y RESERVADO • Ser. Nº. 17.02

### CUESTIONARIO DEL HOGAR

#### 1. IDENTIFICACIÓN

Gracias a usted por su colaboración.

Apellido y nombre	Apellido del jefe de hogar	Código de zona	Nº de zona	Vecinos Nº	Hogar Nº	Fecha de entrevista

Apellidos: \_\_\_\_\_

La ciudad: \_\_\_\_\_

Entrevista realizada



#### 2. UBICACIÓN

Nº de zona	Código de zona	Calle	Calle Nº	Vecinos Nº	Hogar Nº	Fecha de entrevista	Entrevista

Entrevista:

Responde:

#### 3. FRECUENCIA DE VISITAS AL HOGAR (en)

Nº de visita	Fecha	Nombre	Relaciones
1			
2			
3			

#### 4. MOTIVO DE SU ENTREVISTA (en)

Entrevista	<input type="checkbox"/>	para el estudio	<input type="checkbox"/>	de cambio y control	<input type="checkbox"/>	mantenimiento de la muestra de viviendas	<input type="checkbox"/>	de otras encuestas	<input type="checkbox"/>
Entrevista	<input type="checkbox"/>	por encuesta	<input type="checkbox"/>	de control	<input type="checkbox"/>	Levantada	<input type="checkbox"/>	Trasladada	<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 vecina	<input type="checkbox"/>	Conocimiento profesional	<input type="checkbox"/>	Relación	<input type="checkbox"/>		
Relación especial	<input type="checkbox"/>	Relación especial de amistad	<input type="checkbox"/>						
Por invitación de la familia	<input type="checkbox"/>	de algún lugar de la zona	<input type="checkbox"/>	Por el estudio	<input type="checkbox"/>				
Invitación	<input type="checkbox"/>	de un vecino conocido de otra zona	<input type="checkbox"/>	Invitación profesional	<input type="checkbox"/>	Hijo	<input type="checkbox"/>	Vecina	<input type="checkbox"/>
Reclamo	<input type="checkbox"/>	Algunos vecinos	<input type="checkbox"/>	Reclamo por otros motivos	<input type="checkbox"/>	Se invitó a personas que no se conocían	<input type="checkbox"/>		
Otras causas	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	Asistencia, apoyo, salud, control, etc.	<input type="checkbox"/>	Problema de vivienda	<input type="checkbox"/>	Industria, comercio, servicios, etc.	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA: \_\_\_\_\_

Entrevista del hogar

Entrevista realizada y revisada

**3. CUADRO RESUMEN (DE)**

**Modalidad: individual\***

Reservados los derechos de explotación económica y moral. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

1	2	3	4	5	6	7
Nº de miembros	Nombre de jefe	Relación de parentesco con el jefe <b>Múltiple código</b> 1. Hijo 2. Cuñado/cuñada 3. Hijo/a adoptivo/a 4. Fratello/hermana 5. Hermano/a 6. Hermana/o 7. Varado/vorada 8. Nieto/nieta 9. Otro familiar 10. Otro no familiar	Sexo 1. Varón 2. Mujer	Educación completa	Letras de orden según edad Para las personas entre 13 años hasta los 17 y 18 años. Si no hay ninguna persona en este rango de edad ENTREGAR.	¿Debe o debió o algún momento haber trabajado?
1		1. Hijo			13-18	1. No 2. Sí

Total de personas en cada rango

**Sólo aplicar la tabla a personas comprendidas entre los 13 y 18 años de edad**

**Instrucciones para el uso de la tabla**

- 1. Pasa en la columna "Total de personas dentro del rango" al número que coincida con el número de personas en dicho rango.
- 2. Toma como base superior "Múltiple código". Los números que coincidan con el número según del "Sexo" de la persona, en la intersección de la línea.
- 3. Busca en el cuerpo de la tabla la intersección del "Sexo" columna. Después lévelas correspondientes líneas en columna 6 a que se correspondan con cada uno de las personas evaluadas.
- 4. Graba allí el número correspondiente en la columna 7.
- 5. Marque con un punto en el cuadro superior de la columna correspondiente al rango de edad de 13 a 18 años.
- 6. Sigue el procedimiento de 1 a 5 por el total 13-18 años.

**Tabla para seleccionar la persona a seleccionar**

Letras de orden de la persona a seleccionar, según la cantidad de personas comprendidas en cada rango de edad y el último dígito del INE en el hogar.

Total de personas dentro del rango	Último dígito del INE en el hogar									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	A	A	B	B	B	B	B	A	A	A
2	B	A	B	B	B	B	B	A	A	B
3	A	B	B	B	B	B	B	B	A	B
4	B	A	B	B	B	B	B	B	B	A
5	C	B	B	B	B	B	B	B	C	B
6	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B
7	B	B	B	B	B	B	B	B	B	A
8	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
9	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
10	A	A	B	B	B	B	B	B	B	B

**3. CUADRO RESUMEN (DE)**

1. Nº de miembros

2. Nº de jefes

3. Personas evaluadas comprendidas en el rango de edad  Sexo de la persona

4. Total de personas

Estructura						
1	2	3	4	5	6	7
<p>¿Cuál es el nivel más alto que cursó o cursa?</p> <p><b>Nivel básico</b></p> <p>1. Jardín/Preescolar 2. Primaria 3. E.G.B. 4. Secundaria 5. Politécnico 6. Técnico 7. Universitaria 8. Magisterio universitario 9. Educación superior</p>	<p>¿Frecuentó ese nivel?</p> <p>1. Sí <b>ordenar</b> <b>orden</b> <b>11</b> 2. No</p>	<p>¿Cuál fue el último grado/ año que cursó?</p> <p><b>Nivel básico</b></p> <p>0. Ninguno 1. Primer grado 2. Segundo grado 3. Tercero grado 4. Cuarto grado 5. Quinto grado 6. Sexto grado 7. Séptimo grado 8. Octavo grado 9. Noveno grado 10. Décimo grado</p>	<p>¿Qué actividad le...?</p> <p>1. ¿es persona de tiempo completo o medio? 2. ¿es chef de algún comedor o escuela? 3. ¿es otro cocinero? 4. ¿es jefe o jefe/a público? 5. ¿ha trabajado en algún otro empleo? 6. Otro</p>	<p>1. ... cocinero/a? 2. ... repartidor/a? 3. ... distribuidor/a? 4. ... vendedor/a? 5. ... otros/a?</p>		<p>1. 2. 3. 4. 5. 6.</p>

**5. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (00)**

<p><b>1</b> Tipo de vivienda <b>(seleccionar una opción)</b></p> <p>Casa <input type="checkbox"/> 1 <b>casita con o sin jardín</b> <input type="checkbox"/> 2          Casita <input type="checkbox"/> 3 <b>casita con o sin jardín para rentar</b> <input type="checkbox"/> 4          Departamento <input type="checkbox"/> 5 <b>otro departamento</b> <input type="checkbox"/> 6          Otra vivienda <input type="checkbox"/> 7 <b>otra vivienda</b> <input type="checkbox"/> 8</p>	<p><b>2</b> ¿Atraviesa el agua a través de...?</p> <p>— del techo (placa cementada) <input type="checkbox"/> 1          — perforado con bomba a tierra? <input type="checkbox"/> 2          — perforado con bomba manual? <input type="checkbox"/> 3          — otra a tierra? <input type="checkbox"/> 4          — otra fuente superficial? <input type="checkbox"/> 5</p>
<p><b>3</b> ¿Existen habitaciones de sus pertenencias fuera al hogar? <b>(seleccionar una opción)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>4</b> ¿Tiene baño o baño?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <b>ordenar</b> <b>orden</b></p>
<p><b>5</b> ¿Cuál es el material predominante de sus paredes?</p> <p>ladrillo, tapado, mampara, vidrio, madera o aluminio <input type="checkbox"/> 1          concreto o concreto tipo <input type="checkbox"/> 2          otro a tierra <input type="checkbox"/> 3          otra (seleccionar) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p><b>6</b> Si baño, ¿tiene también con baño o ducha y drenado del agua?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>
<p><b>7</b> ¿Tiene agua...?</p> <p>— por redento dentro de la vivienda? <input type="checkbox"/> 1          — fuera de la vivienda (por medio del hogar)? <input type="checkbox"/> 2          — fuera del hogar? <input type="checkbox"/> 3</p>	<p><b>8</b> Si baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2</p>

**B. INGRESOS (15)**

**1. ¿Cada cuánto tiempo recibe ingresos del trabajo?**  
(Ingresos laborales provenientes del trabajo, honorarios, rentas, ingresos del autoempleo, ventas, etc., no del patrimonio, etc.)

Frecuencia:  veces al mes  No/No

Sin ingresos

**2. ¿Cuántos ingresos recibe en cada uno de estos rangos de ingreso al mes?**  
(Ingresos laborales, honorarios, rentas, ingresos del autoempleo, ventas, etc., no del patrimonio, etc.)

1 a 200	1	200 a 300	7	3.000 a 4.000	13
200 a 300	2	300 a 400	8	3.750 a 5.000	14
300 a 400	3	400 a 500	9	4.000 a 5.000	15
400 a 500	4	500 a 1.000	10	5.000 a 6.000	16
500 a 1.000	5	1.000 a 1.500	11	6.000 a 8.000	17
1.000 a 2.000	6	1.500 a 3.000	12	8.000 y más	18

No/No

**Atención:** Este formulario debe ser completado en el ámbito del hogar por el responsable del hogar (el jefe del hogar o el miembro del hogar que tiene el control de los ingresos del hogar) y debe ser llenado en otro idioma si lo desea.

**C. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE (15)**

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

Si  No  (Incluya el mes)

**2. ¿En su semana libre, hizo alguna de las siguientes cosas por su cuenta o a su familia? (Incluya los días de trabajo)**

Si  No  (Incluya el mes)

**3. ¿La semana pasada...**

- ... no dormiste: ¿cuántas veces?  1 a  4
- ... no hiciste ninguna tarea  1 a  4
- ... no hiciste nada  1 a  4
- ... te fue un día de trabajo al que no compareciste  1

**4. ¿En qué actividad participó...**

- ... voluntario, formal (parroquia, asociación, etc.)  1 a  4
- ... Club deportivo (fútbol, tennis, etc.)  1 a  4
- ... Participación social  1 a  4
- ... Educación con el hijo  1 a  4
- ... Educación sin el hijo  1 a  4
- ... otras cosas laborales y voluntarias en su casa  1 a  4
- ... otras cosas laborales y voluntarias en su casa  1 a  4

**5. ¿En las últimas 12 semanas, trabajó alguna hora de alguna manera?**

Si  No  (Incluya el mes)

**6. ¿Escribió o usó en otra ocasión cualquier formulario, papeo o tarjeta para el hogar para obtener un préstamo?**

Si  No  (Incluya el mes)

**7. ¿Cómo se fue de casa, en la semana pasada...**

- ... solo  1
- ... en una familia (compañía)  2
- ... en un grupo de trabajo  3
- ... solo pero con el hijo o hija  4
- ... por otras razones (especificar)  5

**8. ¿En la semana pasada, participó en alguna de las siguientes actividades?**

- ... para su propia empresa/empresa  1 a  4
- ... como cliente o proveedor de un negocio/empresa/industria (incluye agente de seguros)  1 a  4
- ... como cliente doméstico  1 a  4
- ... como trabajador familiar en su hogar  1 a  4

**9. ¿En las últimas 12 semanas, trabajó alguna hora de alguna manera?**

Si  No

**10. ¿Cada cuánto tiempo se va de casa?**

Si  No

**COMENTARIOS:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---





## Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004

ESTADÍSTICA ECONÓMICA Y SOCIAL - CANTONALES Y MUNICIPALES - 2004 - 1000

### CUESTIONARIO INDIVIDUAL (12 a 15 años)

#### 1. IDENTIFICACIÓN (O)

Código de Cantón	Código de Municipio	Código de Zona	Código de Barrio	Municipio	Cantón	Muestra
(00000000)	(00000000)	(00000000)	(00000000)	(00000000)	(00000000)	(00000000)

MUESTRA INDIVIDUAL



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

ORDEN N°	FECHA	DÍA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			

**Motivo de su respuesta**

- Necesario recordatorio
- Ausente
- Otro motivo (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 comunidad, indique las siguientes propuestas:

- 1. ¿Cuál fue el principal motivo por el que no respondió satisfactoriamente?**
- Responder me resultaba difícil  1
  - No me gustaba/tenía miedo  2
  - Temía que se enteren en mi casa  3
  - No conseguía un momento  4
  - No podíamos pagar las actividades  5
  - Reunidos/quien los invitó  6
  - Temía problemas de salud  7
  - En la escuela/colegio había prohibición de asistencia  8
  - No sabía cómo responder  9
  - Otro, cuál? \_\_\_\_\_  10

- 2. Participación en talleres:**  
 Pregunta del la encuesta anterior a través algún curso?
- Si  1 No  2
- Si, ¿qué tipo de curso? \_\_\_\_\_

#### 4. ¿Cuál de las siguientes actividades realiza? (Responda en círculo)

- ... Ver a amigos  1
- ... Ver al cine/teatro  2
- ... Ver a familiares  3
- ... Hacer deporte  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
- ... Juego en la computadora o los consolas a internet en la casa  11
- ... Juego en la computadora o los consolas a internet fuera de la casa  12
- ... Hacer algún taller o curso  13
- ... Cuento o sus familiares o lo siguen con alguien en la casa  14
- ... Hacer o asistir a fiestas en la casa del hogar  15
- ... Otras (especificar) \_\_\_\_\_  16

**4. SITUACIÓN LABORAL (34)**

Se quiere conocer que actividades realiza el sujeto durante:

**1. En la semana pasada:**

... ¿pasaste un día completo de los sábados, de un domingo o ambos?

... ¿hiciste alguna actividad con los vecinos para hacer dinero?

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

Nunca de los tres

**5. HÁBITOS DE CONSUMO (100)**

**1. ¿Cuántas veces te permites que fumaste cigarrillos?**

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca te fumaste

Nunca

**2. ¿Qué tipo de tabaco fumaste fumaste regularmente por primera vez?**

Eléctrico

Nunca

**3. ¿Cuántas veces te permites que fumaste un cigarrillo?**

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca te fumaste

Nunca

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

Frecuencia de cigarrillos al día

Nunca

**5. ¿Cuántas veces te permites que consumiste bebidas alcohólicas, por ejemplo vino, cerveza o whisky?**

Cuando los últimos 30 días

Más de 30 días, pero menos de un año

Más de un año

Nunca te consumiste

Nunca

**6. ¿Qué tipo de alcohol consumiste por primera vez regularmente?**

	Eléctrico	Nunca	Nunca
Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whisky-Whiskey	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. FUMAR CIGARRILLOS (34)

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

(Responde siempre)

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, whisky o mezclados con vodka, whisky o cerveza

Una lata de cerveza para beber o más

Una botella de vino (un litro) o más

Una traga, whisky o mezclados con vodka, 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?

... 2 de 3 días a la semana?

... de 1 a 2 días a la semana?

... Nunca de 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 bebidas que aparecen en esta encuesta son de tipo alcohólicas. En esta parte de la encuesta con los equivalentes de las sustancias que hayan consumido o probado, aunque solo haya sido una vez en su vida. De lo contrario, las bebidas con los equivalentes de las que nunca hayas de si quieres probarlas una vez.

Para cada bebida que hayas probado, marca si la consumiste con regularidad o si la consumiste una vez o más.

	Si	No	Nunca
1. Alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alérgico (sin alcohol) (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alérgico/Alérgico (sin alcohol) (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alérgico y Alérgico (alérgico, malta, cerveza) (sin alcohol) (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cerveza (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cerveza (alérgico) (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cerveza (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alérgico (alérgico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alérgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. FUMAR CIGARRILLOS (34)

**LAS PREGUNTAS DISTINTAS SE COMPLETAN PARA CADA UNA DE LAS ORONAS QUE HAYA EN LA ENTREVISTA YA SELECCIONADO CON LAS TABLETAS**

**11. ¿Cuánto consumió por primera vez...**

	1. No consume	2. Consumo mínimo	3. Consumo medio	4. Consumo alto	5. Consumo muy alto	6. Fuma mucho	7. Consumo excesivo	8. Consumo excesivo	9. Consumo excesivo	10. Consumo excesivo
... cuando los últimos 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
Nota:	<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
Nota:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nota:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	1. Menos de una vez	2. Entre una y cinco veces	3. Entre seis y diez veces	4. Entre once y veinte veces	5. Entre veintiuna y treinta veces	6. Entre treinta y una y cincuenta veces	7. Entre cincuenta y una y noventa veces	8. Entre noventa y una y ciento cincuenta veces	9. Entre ciento cincuenta y una y trescientas veces	10. Más de trescientas veces
... cuando los últimos 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
Nota:	<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, a menudo, o con frecuencia alguna de estas sustancias?**

Si  1      No  2      Nota:  3

Si  1      No  2      Nota:  3

**15. Alguien familiar cercano, a menudo alguna de estas sustancias?**

Si  1      No  2      Nota:  3

Si  1      No  2      Nota:  3

ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		

**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 <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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>		

**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?**

Sí  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 Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 copa = 1 trago 1/2 litro = 3 tragos 3/4 litro = 4,5 tragos 1 litro = 6 tragos Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 medida = 1 trago 1/4 litro = 6 tragos 1/2 litro = 12 tragos 1 litro = 24 tragos Cantidad de tragos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cuáles? ..... .....

**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?**

Sí  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)?**

Sí  1      No  2      Ns/nc  9

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

Sí  1      No  2      Ns/nc  9

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

Sí  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	} <b>pase a capítulo Marihuana</b>		
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, mascarados  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 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 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?

- 1  
 2  
 9  
 3
- a preg. 3*  
*Pase a cap. éxtasis*

### 2 ¿Cuántos años tenía?

Edad   Ns/nc  99

### 3 ¿En algún momento la probó?

- 1  
 2  
 9
- a preg. 20*

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

- 1  
 2  
 3  
 9

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

Edad   Ns/nc  99

### 6 ¿Cuándo fue la última vez que la usó?

- 1  
 2  
 3  
 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"/>   |
| 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?

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 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?

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?

1      No  2      Ns/nc  9

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

- 1  
 2  
 3  
 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

**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**

**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

**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

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

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 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

**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



**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

**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

**INDEC**

**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](http://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)

<b>Deshabitada</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Venta o alquiler</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Sucesión o remate</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Deshabitada en la semana de referencia</b> <input type="checkbox"/> 3	<b>Sin causa conocida</b> <input type="checkbox"/> 4
<b>Demolida</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Fue demolida</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>En demolición</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Levantada</b> <input type="checkbox"/> 3	<b>Trasladada</b> <input type="checkbox"/> 4
Viven en otra vivienda la mayor parte...				
<b>Fin de semana</b> <input type="checkbox"/> 3	<b>de la semana</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>del mes</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>del año</b> <input type="checkbox"/> 3	
<b>Construcción</b> <input type="checkbox"/> 4	<b>Se está construyendo</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Construcción paralizada</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Refacción</b> <input type="checkbox"/> 3	
<b>Vivienda usada como establecimiento</b> <input type="checkbox"/> 5	<b>Conserva comodidad de vivienda</b> <input type="checkbox"/> 1			
<b>Variaciones en el listado</b> <input type="checkbox"/> 6	<b>No existe lugar físico</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>No es vivienda</b> <input type="checkbox"/> 2		
<b>Ausencia</b> <input type="checkbox"/> 7	<b>No se pudo contactar en tres visitas</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Por causas circunstanciales</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Viaje</b> <input type="checkbox"/> 3	<b>Vacaciones</b> <input type="checkbox"/> 4
<b>Rechazo</b> <input type="checkbox"/> 8	<b>Negativa rotunda</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Rechazo por portero eléctrico</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Se acordaron entrevistas que no se concretaron</b> <input type="checkbox"/> 3	
<b>Otras causas</b> <input type="checkbox"/> 9	<b>Duelo</b> <input type="checkbox"/> 1	<b>Alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero</b> <input type="checkbox"/> 2	<b>Problema de seguridad</b> <input type="checkbox"/> 3	<b>Inaccesible (problemas climáticos u otros)</b> <input type="checkbox"/> 4

INFORMANTE/OBSERVACIONES .....

**Cómputos**


**5. COMPONENTES DEL HOGAR (CH)**

**Atención encuestador**

Recuerde que un hogar es la persona o grupo de personas, parientes o no, que habitan bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación y/o otros gastos esenciales para vivir.

**Situación conyugal**

1	2	3	4	5	6	7
Nº de componente	Nombre de pila	¿Cuál es la relación de parentesco con el jefe/a? <i>Anote código</i>	Sexo <i>Anote código</i>	¿Cuál es su edad en años cumplidos? <i>Si no hay alguna persona de 18 años y más FIN DE LA ENTREVISTA.</i>	Letra de orden según edad <i>Para personas de 18 años y más. Comience con la letra A a partir de la persona de mayor edad y continúe.</i>	¿Actualmente está... <i>Anote código</i>
		1. Jefe/a 2. Cónyuge/Pareja 3. Hijo/a Hijastro/a 4. Padre/Madre 5. Hermano/a 6. Suegro/a 7. Yerno/Nuera 8. Nieto/Nieta 9. Otro familiar 10. Otro no familiar	1. Varón 2. Mujer			1. ... unido/a? 2. ... casado/a? 3. ... separado/a? 4. ... divorciado/a? 5. ... viudo/a? 6. ... soltero/a?
<b>01</b>		<b>1. Jefe/a</b>				

Total de personas en el rango

**Sólo aplicar la tabla a personas de 18 años y más**

**Instrucciones para el uso de la tabla**

- Tilde en la fila superior "Último dígito..." el número que coincide con el último dígito del "Nº en el listado", en la identificación de la vivienda.
- Tilde en la columna "Total de personas en el rango" el número que anotó en la columna 6 para el tramo 18 años y más.
- Busque en el cuerpo de la tabla la intersección de fila y columna. Circule la letra que corresponde y observe en columna 6 a quien le corresponde esa letra entre las personas listadas.
- Circule el Nº de persona correspondiente en la columna 1.
- Transcriba ese número en el cuadro resumen en el casillero correspondiente al tramo de edad 18 años y más.

**6. CUADRO RESUMEN (CR)**

**1** Nº de componente de 18 años y más

**2** Ningún componente comprendido entre 18 años y más  **FIN DE LA ENTREVISTA**

**Tabla para seleccionar la persona a encuestar**

Letra de orden de la persona a entrevistar, según la cantidad de personas encuestables en cada tramo de edad y el último dígito del Nº en el listado.

Total de personas en el rango	Último dígito del Nº en el listado									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	B	A	B	A	A	B	A	A	B	B
3	A	C	C	B	B	A	B	B	A	C
4	B	A	A	C	C	B	D	C	D	A
5	C	B	E	D	A	E	A	D	C	B
6	F	D	B	A	E	C	E	A	F	D
7	E	C	D	G	G	F	C	B	B	A
8	D	G	A	E	C	D	B	F	H	C
9	G	E	H	C	B	I	H	D	A	F
10	A	H	F	B	D	J	G	C	I	E

Educación					Cobertura de salud										
<b>8</b> <b>¿Asiste o asistió a algún establecimiento educativo?</b> Anote código 1. Asiste 2. Asistió 3. Nunca asistió → a preg. 12	<b>9</b> <b>¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?</b> Anote código 1. Jardín/Preescolar 2. Primario 3. E.G.B. 4. Secundario 5. Polimodal 6. Terciario 7. Universitario 8. Posgrado universitario 9. Educación especial	<b>10</b> <b>¿Finalizó ese nivel?</b> Anote código 1. Si <b>pase a preg. 12</b> 2. No	<b>11</b> <b>¿Cuál fue el último grado/año que aprobó?</b> Anote código 0. Ninguno 1. Primero 2. Segundo 3. Tercero 4. Cuarto 5. Quinto 6. Sexto 7. Séptimo 8. Octavo 9. Noveno 99. Ns/nc	<b>12</b> <b>¿Está asociado a...</b> <i>Marque con una cruz todas las opciones que correspondan</i> 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.						

<b>7. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA (CV)</b> <b>1 Tipo de vivienda</b> (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"/> 7	<b>6 ¿Tiene agua...</b> ... 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
<b>2 ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene este hogar para su uso exclusivo?</b> (Excluyendo cocina y baño) <input type="text"/>	<b>7 ¿Obtiene el agua a través de ...</b> ... 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
<b>3 De éstos ¿cuántos usan habitualmente para dormir?</b> <input type="text"/>	<b>8 ¿Tiene baño/letrina?</b> Si <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 2 → <b>pase a bloque Ingresos</b>
<b>4 ¿Cuál es el material predominante de los pisos?</b> 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	<b>9 ¿El baño tiene ...</b> ... 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
<b>5 ¿Para cocinar, utiliza principalmente ...</b> ... 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	<b>10 ¿El desagüe del inodoro va...</b> ... 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
	<b>11 El baño, ¿es de uso exclusivo de este hogar?</b> Si <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 2

CUESTIONARIO DEL HOGAR

3

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

## 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
<b>3.1</b> ... jugos de frutas naturales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.2</b> ... frutas (sin contar los jugos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.3</b> ... vegetales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.4</b> ... huevos (tortillas, tartas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.5</b> ... carne vacuna, pollo, cerdo o cordero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.6</b> ... pescado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<b>3.7</b> ... 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><b>3.1</b> ... 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><b>3.2</b> ... 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><b>3.3</b> ... 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><b>3.4</b> ... 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><b>4.1</b> ... 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><b>4.2</b> ... 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><b>4.3</b> ... 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><b>4.4</b> ... 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
<b>6.1</b> ... Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.2</b> ... Ritmo o control del período menstrual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.3</b> ... Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.4</b> ... Espiral o DIU (dispositivo intrauterino)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.5</b> ... Diafragma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.6</b> ... Coito interrumpido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<b>6.7</b> ... 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