La primera serie de preguntas se refiere a su hogar y barrio. Estas preguntas también se refieren a sus experiencias y percepciones de su barrio y como es vivir ahí.

INTRODUCCIÓN: Este cuestionario forma parte de un estudio que estamos llevando a cabo con la participación de muchas organizaciones de Pereira, con el propósito de conocer sus opiniones sobre diversos temas y conductas incluyendo el consumo de sustancias. Le pedimos que piense con cuidado sus respuestas y conteste con sinceridad pues la información que brinde será anónima y tratada con la mayor confidencialidad. Al final de la encuesta, recibirá información sobre servicios y recursos para la salud mental y el consumo de sustancias.

PARTE 1: Características del Hogar y Barrio

1. **¿Cuántos hogares hay en esta vivienda? \_\_\_\_\_\_\_ hogares**
2. **¿Cuántas personas conforman su hogar? \_\_\_\_\_\_\_ personas**
3. **¿Hace cuánto tiempo que vive en este barrio o zona?**
* Menos de un año
* 1-2 años
* 3-5 años
* Más de 5 años
1. **¿Cómo calificaría la calidad de vida en su barrio?**
* Muy mala
* Mala
* Ni mala ni buena
* Buena
* Muy buena

A continuación, queremos preguntarle sobre algunos aspectos de su barrio. No hay respuestas correctas o incorrectas – es solo su percepción.

1. **¿Las bodegas en su barrio o zona venden bebidas alcohólicas a menores de edad (e.g., menores de 18 años)?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **¿Ha sido usted víctima de algún delito en los últimos 12 meses?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **¿Con que frecuencia se presentan los siguientes problemas en su zona o barrio?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca | Algunas veces | Muchas veces | Siempre | 1. **¿Cuáles son en orden de importancia los 3 problemas más graves de su zona o barrio? (especifique 1-3)**
 |
| 1. Basura en las calles
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Educación inadecuada
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Consumo de drogas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Compra y venta de drogas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Falta de áreas verdes/recreativas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Falta de alumbrado publico
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Delincuencia/ falta de seguridad
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Personas borrachas o drogadas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Pistas y veredas en mal estado
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Prostitución
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Venta de alcohol a menores de edad
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Construcciones abandonadas donde pueden reunirse personas de mal vivir
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Fiestas en la calle
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Jóvenes usando drogas o alcohol
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. Adultos usando drogas o alcohol
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |  |

1. **Respecto a la seguridad en su barrio o zona….**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy seguro | Seguro | Inseguro | Muy inseguro |
| 1. ¿Qué tan seguro se siente caminando en su barrio de noche?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ¿Como es su barrio en cuanto a seguridad?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ¿Como es su distrito en cuanto a seguridad?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **¿Cuál de los siguientes delitos le sucedió en los últimos 12 meses?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna vez | Pocas veces: 1-3 | Algunas veces: 4-6 | Muchas veces: más de 6 |
| 1. Robo de vivienda
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Robo de carro o de motocicleta
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Robo de parte o pieza de carro
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Robo de bicicletas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Robo/ asalto
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Amenazas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Lesiones a la persona
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Ataque sexual/ violación
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Secuestro o tentativo de secuestro
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

A continuación, le preguntaré una serie de cuestiones relacionadas a la actividad de pandilla en su barrio, si las hay.

1. **¿Hay actividad de pandilla en su barrio?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No [Pase a la pregunta 13]
 |

1. **¿Con que frecuencia se presentan problemas entre pandillas en su zona o barrio?**

|  |
| --- |
| * Nunca
 |
| * Algunas veces
* Muchas veces
* Siempre
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Las siguientes preguntas se tratan sobre sus experiencias directas con pandillas o pandilleros/as. Si ha vivido algunas de las experiencias mencionadas, indique si sucedió en los últimos 12 meses. | **En los últimos 12 meses…** |
| 1. **¿Alguna vez se le ha acercado un pandillero/a para unirse a la pandilla?**
 | * Sí
* No
 | * Sí
* No
 |
| 1. **¿Alguna vez ud. fue golpeado/a por un/a pandillero/a porque no se unió a la pandilla?**
 | * Sí
* No
 | * Sí
* No
 |
| 1. **¿Algunos de sus amigos/as se ha unido a una pandilla?**
 | * Sí
* No
 | * Sí
* No
 |
| 1. **¿Alguien de su hogar se ha unido a una pandilla?**
 | * Sí
* No
 | * Sí
* No
 |

1. **¿Alguna vez ud. se unió a una pandilla?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No [Pase a la pregunta 24]
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ¿Usó colores de la pandilla intencionalmente?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Usó gestos de mano asociados con la pandilla intencionalmente?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Participó en una pelea representando a una pandilla?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Marcó con pintura de aerosol símbolos o dibujos de la pandilla sobre una pared?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Entregó drogas para una pandilla?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Lesionó a un/a pandillero/a en una pelea?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Vendió drogas para una pandilla?
 | * Sí
 | * No
 |
| 1. ¿Se volvió líder/a de una pandilla?
 | * Sí
 | * No
 |

1. **En los últimos 12 meses usted…**

|  |
| --- |
|  |

A continuación, le voy a leer una serie de pensamientos relacionados con sus experiencias siendo parte de una pandilla. Quisiera que conteste “Sí” si es cierto al respecto o “No” si no es cierto.

1. **Me sentí cercano/a a los pandilleros.**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **Los pandilleros me ofrecieron ayuda cuando estuve en una situación mala.**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **Les pedí a los pandilleros ayuda.**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **Sentí que pude ser yo mismo/a alrededor de los pandilleros.**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **Sentí que era importante llevarme bien con los pandilleros.**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

PARTE 2: Características Personales

Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones personales y otras cosas relacionadas con la vida diaria, como factores estresantes de la vida y como usted responde a ellos.

1. **¿Cómo calificaría las relaciones entre…?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Buenas | Regulares | Malas |
| 1. Ud. y su papa
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Ud. y su mama
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Su papa y su mama
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Ud. y sus amigos cercanos
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **En el último mes, ¿con que frecuencia…**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca | Casi nunca | De vez en cuando | A menudo | Muy a menudo |
| 1. ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido nervioso/a y estresado/a?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha sentido que las cosas salían como usted quería?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha podido controlar los problemas irritantes de su vida?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha sentido que está al control de todo?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido enojado por las cosas que están fuera de su control?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Por favor indique si esta muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, o muy en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.**

PARTE 3: Opinion General

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
| 1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida.
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

A continuación, nos gustaría preguntarle sobre sus opiniones hacia el consumo de alcohol y drogas en su barrio y entre sus amigos.

1. **¿La mayoría de sus amigos consumen alcohol?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **La mayoría de sus amigos consumen…**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| 1. Marihuana
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Pasta básica de cocaína (basuco)
 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Cocaína
 | 🞎 | 🞎 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Consumo de alcohol
 |  |  |  |
| * Sí
 | **Como considera este problema:** |
| * No
 | Es un problema grave | Es un problema leve | No sabe/no responde |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. Consumo de otras sustancias psicoactivas
 |  |
| * Sí
 | **Como considera este problema:** |
| * No
 | Es un problema grave | Es un problema leve | No sabe/no responde |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 1. Expendio de sustancias psicoactivas
 |  |
| * Sí
 | **Como considera este problema:** |
| * No
 | Es un problema grave | Es un problema leve | No sabe/no responde |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ningún riesgo | Riesgo leve | Riesgo moderado | Gran riesgo | No sé qué riesgo corre |
| 1. fumara cigarrillos frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. tomara bebidas alcohólicas frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. tomara tranquilizantes sin prescripción médica una o dos veces durante un periodo de tres meses?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. tomara tranquilizantes sin prescripción médica algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. tomara tranquilizantes sin prescripción médica frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. fumara marihuana una o dos veces durante un periodo de tres meses?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. fumara marihuana algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. fumara marihuana frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera cocaína una o dos veces durante un periodo tres meses?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera cocaína algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera cocaína frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera basuco una o dos veces durante un periodo de tres meses?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera basuco algunas veces (ocasionalmente/ de vez en cuando)?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. consumiera basuco frecuentemente?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **¿El uso de…debe permitirse libremente, controlarse, o prohibirse totalmente?**

PARTE 4: Consumo de drogas y alcohol

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Permitirse libremente | Controlarse | Prohibirse totalmente |
| 1. alcohol
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. tabaco
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. marihuana
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. pasta básica de cocaína (basuco)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. cocaína
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. inhalantes/terokal
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. opio/ heroína (hache o “H”)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. éxtasis
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

La siguiente serie de preguntas se refiere a sus intenciones de uso y percepciones de acceso a sustancias como la marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, y otras drogas.

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

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

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

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **¿En general cuan fácil o difícil le sería conseguir alguna de las siguientes sustancias:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Me sería fácil | Me sería difícil | No podría conseguir | No sé si es fácil o difícil |
| 1. Marihuana
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Cocaína
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Basuco
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Éxtasis - MDMA
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Inhalables tales como pegantes, pinturas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Metanfetaminas
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Tranquilizantes o sedantes sin prescripción medica
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Estimulantes sin prescripción medica
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Heroína (hache o “H”)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. LSD
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Ketamina
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. GHB (éxtasis líquido)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Otras drogas sintéticas (2CB o tusi)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

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

PARTE 4: Consumo de drogas y alcohol

*Cigarrillos Electrónicos o Vaporizadores*

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | **¿Cuándo fue la última vez que le ofrecieron alguna de las siguientes sustancias, ya sea para comprar o probar?** |
| * No
 |  | Durante los últimos 30 días | Hace más de 30 días, y menos de 12 meses | Hace más de 12 meses | Nunca me han ofrecido  |
|  | 1. Marihuana
 |  |  |  |  |
|  | 1. Cocaína
 |  |  |  |  |
|  | 1. Basuco
 |  |  |  |  |
|  | 1. Éxtasis
 |  |  |  |  |
|  | 1. Heroína (hache o “H”)
 |  |  |  |  |
|  | 1. LSD
 |  |  |  |  |
|  | 1. Otra
 |  |  |  |  |

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

PARTE 4: Consumo de drogas y alcohol

*Alcohol*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Sí
 | a. ¿Qué edad tenía usted cuando los consumió por primera vez? |  ………………….años |
| * No
 | b. ¿Ha usado cigarrillos electrónicos o vaporizadores con nicotina en los últimos 30 días? | * Si
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de alcohol.

1. **¿Tiene familiares cercanos que se emborrachan frecuentemente?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 |  **¿Cuántos?** |
| * No
 | * Uno
 |
|  | * Dos o mas
 |

1. **¿Tiene amigos(as) que se emborrachan frecuentemente?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 |  **¿Cuántos?** |
| * No
 | * Uno
 |
|  | * Dos o mas
 |

1. **¿Qué edad tenía usted cuando consumió bebidas alcohólicas por primera vez?**
* ………………….años
* N/A – Nunca ha consumido bebidas alcohólicas [Pase a la pregunta 48]
1. **¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia consumió alguna bebida alcohólica?**
 |
| * No [Pase a la pregunta 48]
 | * Una vez al mes
 |
| * No contesta
 | * De 2 a 4 veces al mes
 |
|  | * De 2 a 3 veces a la semana
 |
|  | * 4 o más veces a la semana
 |

1. **¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **¿Cuántos días ha consumido alcohol en los últimos 30 días? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |  |
| * No contesta
 |  |

1. **En los últimos 30 días, ¿qué tipo de bebida alcohólica consumió y con qué frecuencia?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Diariamente | Fines de semana | Algunos días de la semana | No en los últimos 30 días | Nunca |
| 1. Aguardiente
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Ron
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Whisky
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Brandy, Coñac, Vodka, Ginebra
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Vino
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Chicha, guarapo, chirrinchi
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Alcohol industrial o medicinal mezclada con refrescos en polvo o gaseosa (chamber, Chamberlain)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. otra
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **¿Cuántos tragos de bebidas alcohólicas suele tomar en un día de consumo habitual?**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1 o 2
 | * 7, 8, o 9
 |
| * 3 o 4
 | * 10 o más
 |
| * 5 o 6
 |  |

1. **¿Cuántos días se ha emborrachado durante los últimos 30 días? …………….** [1-30]
2. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia tomó 6 o más tragos de bebidas alcohólicas en un solo día?**

|  |
| --- |
| * Nunca
 |
| * Menos de una vez al mes
 |
| * Mensualmente
 |
| * Semanalmente
 |
| * A diario o casi a diario
 |

Las siguientes preguntas son acerca del consumo de sustancias psicoactivas como la marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína y otras sustancias.

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

 *Sustancias Psicoactivas*

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 |  **¿Cuántos?** |
| * No
 | * Uno
 |
|  | * Dos o más
 |

1. **¿Tiene amigos(as) que consuman sustancias como marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína (hache o “H”) u otra?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **¿Cuántos?** |
| * Sí
 | * Uno
 |
| * No
 | * Dos o más
 |

1. **¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias en los últimos 12 meses?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **51. ¿Qué edad tenía cuando consumió por primera vez?** |
| 1. Tranquilizantes sin formula médica o pastillas para dormir, calmar los nervios o la ansiedad, tales como Rivotril, Rohypnol, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Ativan Lorazepam, Alprazolam, Coquan, Clonazepan, Zolpidem
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 52-56] |
| 1. Estimulantes sin formula médica, tales como Metilfenidato/Ritalina/Concerta o Modafinilo/Vigia/Carim
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 57-61] |
| 1. Sustancias inhalables tales como pegantes/ sacol, pinturas, thinner
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 62-65] |
| 1. DICK (ladys, fragrancia)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 66-68] |
| 1. POPPER
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga la pregunta 69] |
| 1. Marihuana
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años  | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 70-78] |
| 1. Cocaína
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 79-87] |
| 1. Basuco
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 88-95] |
| 1. Éxtasis - MDMA
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 96-102] |
| 1. Heroína (hache o “H”)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga las preguntas 103-111] |
| 1. Metanfetamina (o meth, cristal, ice, hielo, speed)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |
| 1. Metadona sin prescripción medica
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |
| 1. Analgésicos opioides sin prescripción médica tales como Morfina, Oxicodona/oxycontin, Fentanilo/durogesic, Hidromorfana, Meperidina, Tramadol/ tramal, Hidrocodona/ Vicodin/ Sinalgen/Dovir, codeína/ winadeine/ winadol/ algimide
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga la pregunta 112] |
| 1. LSD (o tripi)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” haga la pregunta 113] |
| 1. Hongos
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años | [Si el participante respondió “Sí” a hongos, yagé, o cacao sabanero haga la pregunta 114] |
| 1. Yagé
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |
| 1. Cacao sabanero
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |
| 1. Ketamina (o Ketalar)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |
| 1. GHB (“G” o estasis liquido)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |
| 1. 2CB (tucibi o Nexus)
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |
| 1. Otras drogas: especificar cuales
 | * Sí
* No
* No contesta
 | ………….años |  |

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de los tranquilizantes sin formula médica o pastillas para dormir, calmar los nervios o la ansiedad.

PARTE 4: Consumo de drogas y alcohol

*Medicamentos Tranquilizantes (Aplique para quienes contestaron sí en 50a.)*

1. **¿Cuándo fue la primera vez que uso tranquilizantes sin formula médica o pastillas para dormir, calmar los nervios o la ansiedad como Rivotril, Rohypnol, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Ativan Lorazepam, Alprazolam, Coquan, Clonazepan, Zolpidem?**

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

1. **¿Cómo obtuvo los medicamentos tranquilizantes que consumió sin formula médica?**

|  |
| --- |
| * De un médico
 |
| * En la calle
 |
| * En la casa
 |
| * De un amigo
 |
| * En la droguería
 |
| * Por internet
 |
| * Redes sociales
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta
 |

1. **¿Ha consumido medicamentos tranquilizantes sin formula médica en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió medicamentos tranquilizantes sin formula médica? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |  |

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

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Medicamentos Estimulantes (Aplique para quienes contestaron sí en 50b.)*

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

La siguiente serie de preguntas se refiere a su uso de los estimulantes sin formula médica tales como Metilfenidato/Ritalina/Concerta o Modafinilo/Vigia/Carim.

1. **¿Cuándo fue la primera vez que uso medicamentos estimulantes sin formula médica?**

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

1. **¿Cómo obtuvo los medicamentos estimulantes que consumió sin formula médica?**

|  |
| --- |
| * De un médico
 |
| * En la calle
 |
| * En la casa
 |
| * De un amigo
 |
| * En la droguería
 |
| * Por internet
 |
| * Redes sociales
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* No contesta
 |

1. **¿Ha consumido medicamentos estimulantes sin formula médica en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió medicamentos estimulantes sin formula médica? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |  |

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

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

 *Sustancias Inhalables (Aplique para quienes contestaron sí en 50c.)*

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

A continuación, le queremos preguntar sobre su uso de los inhalables.

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

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha usado sustancias inhalables?**

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

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

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

1. **¿Cómo obtuvo las sustancias inhalables que consumió?**

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol  *DICK, Ladys o fragrancia (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50d.)* |

La siguiente serie de preguntas se refiere a su uso de los inhalables tales como el DICK, Ladys, fragrance, o POPPER.

1. **¿Cuándo fue la primera vez que consumió Dick, Ladys o fragrancia?**

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha usado Dick, Ladys o fragrancia?**

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

1. **¿Ha consumido Dick, Ladys o fragrancia en los últimos 30 días?**

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

 *POPPER (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50e.)*

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

1. **¿Ha consumido POPPER en los últimos 30 días?**

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Marihuana (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50f.)*

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de la marihuana.

1. **¿Cuándo fue la primera vez que consumió marihuana?**

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha consumido marihuana?**

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

1. **¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió marihuana? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 | 1. **¿Cuánto gasto usted en marihuana durante los últimos 30 días?**

**$......................**  |

1. **En promedio, ¿cuántos cigarrillos de marihuana consume usted al mes? …………….** cigarrillos
2. **¿Usted sabe cuánto cuesta un cigarrillo o porro de marihuana?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | **Valor $......................**  |
| * No
 |

1. **¿Cómo obtuvo la marihuana que consumió?**

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta
 |

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

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Cocaína (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50g.)*

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

A continuación, nos gustaría preguntarle sobre su uso de la cocaína.

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

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha usado cocaína?**

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

1. **¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió cocaína? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 | 1. **¿Cuánto gasto usted en cocaína durante los últimos 30 días?**

**$......................**  |

1. **En promedio, ¿cuántos gramos de cocaína consume usted al mes? …………….**gramos
2. **¿Usted sabe cuánto cuesta un gramo de cocaína?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | **Valor $......................**  |
| * No
 |

1. **¿Cómo obtuvo la cocaína que consumió?**

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta
 |

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

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Basuco (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50h.)*

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 |  **¿Cuál?** |
| * No
 | * Fumada
 |
| * No contesta
 | * Inyectada
 |

Las siguientes preguntas son acerca de su uso del basuco.

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

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha usado basuco?**

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

1. **¿Ha consumido basuco en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió basuco? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 | 1. **¿Cuánto gasto usted en basuco durante los últimos 30 días?**

**$......................**  |

1. **En promedio, ¿cuántas papeletas/bichas de basuco consume usted al mes? …………….**papelatas/bichas
2. **¿Usted sabe cuánto cuesta una papeleta o bicha de basuco?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | **Valor $......................**  |
| * No
 |

1. **¿Cómo obtuvo el basuco que consumió?**

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta
 |

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Éxtasis (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50i.)*

Las siguientes preguntas son acerca de su uso del éxtasis.

1. **¿Cuándo fue la primera vez que consumió éxtasis?**

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha usado éxtasis?**

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

1. **¿Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **Durante los últimos 30 días, ¿cuántas pastillas llego a consumir como máximo en un solo día? …………….** pastillas
 |
| * No
 |
| * No contesta
 | 1. **¿En los últimos 30 días, ¿ha consumido alguna bebida alcohólica al mismo tiempo que usaba éxtasis?**
 |
|  | * Sí
 |
|  | * No
 |
|  | * No contesta
 |

1. **La última vez, ¿cuánto pago usted por una pepa o pastilla o gramo de cristales de éxtasis?**

**$……………………**

1. **¿Cómo obtuvo el éxtasis que consumió?**

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Heroína (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50j.)*

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta
 |

Las siguientes preguntas se refieren a su uso de la heroína.

1. **¿Cuándo fue la primera vez que consumió heroína (hache o “H”)?**

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

1. **En los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha consumido heroína (hache o “H”)?**

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

1. **En los últimos 6 meses, ¿cómo ha consumido heroína (hache o “H”)? (indique la principal vía y la segunda en frecuencia)**

|  |  |
| --- | --- |
| * Fumada
 | ***¿Cómo?**** Fumada con marihuana
 |
| * Aspirada (en lata, balazo, chino)
 |
| * Inhalada (por la nariz)
* Inyectada
 | * Fumada sola
* Fumada con otras sustancias
 |

1. **¿Ha consumido heroína (hache o “H”) en los últimos 30 días?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | 1. **¿Durante los últimos 30 días, “cuantos días consumió heroína (hache o “H”)? …………….** [1-30]
 |
| * No
 |
| * No contesta
 | 1. **¿Cuánto gasto usted en heroína (hache o “H”) durante los últimos 30 días? $......................**
 |

1. **En promedio, ¿cuántas dosis de heroína (hache o “H”) consume usted al mes? …………….**dosis
2. **¿Usted sabe cuánto cuesta una dosis de heroína (hache o “H”)?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Sí
 | **Valor $......................**  |
| * No
 |

1. **¿Cómo obtuvo la heroína (hache o “H”) que consumió?**

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Otras Sustancias - Analgésicos Opioides (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50m.)*

|  |
| --- |
| * Por internet
 |
| * Por redes sociales
 |
| * En la olla o sitio de expendio
 |
| * Amigos(as)
 |
| * A domicilio
 |
| * Espacio publico
 |
| * Establecimientos de entretenimiento (discotecas, bares)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * No contesta
 |

Las siguientes preguntas son acerca de su uso de otras sustancias.

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

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta

*Otras Sustancias - LSD (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50n.)* |

1. **¿Ha consumido LSD en los últimos 30 días?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

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

*Otras Sustancias – Hongos, Yage, Cacao Sabanero (Aplique para quienes contestaron “sí” en 50o.)*

PARTE 4: Consumo de Drogas y Alcohol

*Abuso, Dependencia, y Tratamiento*

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |
| * No contesta
 |

A continuación, nos gustaría hacerle preguntas sobre sus pensamientos relacionados con los comportamientos del consumo de sustancias y el tratamiento que puede haber recibido, si corresponde.

1. [Esta pregunta es solo para quienes contestaron “Sí” a la pregunta 40 o “Sí” al uso de cualquiera de las sustancias mencionadas en 50a-u. Si no hubo consumo de alcohol o droga en los últimos 12 meses, indique “N/A” a continuación y pase a la pregunta 118]

**Por favor responda “Sí” si es cierto o “No” si no es cierto.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En los últimos 12 meses,**  | Sí | No | * N/A – no hubo consumo de droga o alcohol en los últimos 12 meses
 |
| 1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos o consumir menos droga?
 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. ¿Le ha molestado alguna vez personas que critican su forma de beber o consumir droga?
 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber o consumir droga?
 | 🞎 | 🞎 |  |
| 1. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o para librarse de una resaca (un guayabo)?
 | 🞎 | 🞎 |  |

1. **¿En los últimos 12 meses sintió la necesidad de recibir ayuda para dejar de consumir alcohol u otras sustancias psicoactivas? Marque todos que apliquen.**

|  |
| --- |
| * Sí, por alcohol.
 |
| * Sí, por otras sustancias psicoactivas.
* No, nunca sentí necesidad.
 |

1. **¿En los últimos 12 meses buscó ayuda especializada para tratar de disminuir el consumo de sustancia psicoactivas, alcohol u otra sustancia?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
* No contesta
 |

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

|  |
| --- |
| * Estoy actualmente
 |
| * Estuve en los últimos 12 meses
* Sí, pero hace más de 12 meses
* Nunca estuve [Pase a la pregunta 120]
* N/A – nunca ha usado sustancias psicoactivas [Pase a la pregunta 120]
 |

1. **¿Cuál fue la sustancia principal que le motivó a recibir tratamiento?**

|  |
| --- |
| * Alcohol
 |
| * Marihuana
* Cocaína
* Basuco
* Heroína (hache o “H”)
* Otra
* No sabe
 |
| Las siguientes preguntas se refieren a su bienestar emocional, que puede afectar su forma de pensar, sentir, y actuar. PARTE 5: La Salud Mental |
|  |

1. **Durante los últimos 30 días, ¿hasta qué punto…**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Para nada | Levemente | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |
| 1. se ha sentido tenso/a?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido deprimido/a o triste?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido irritado/a o ha estado de mal humor?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. se ha sentido inferior a los demás?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ¿Durante la última semana, ha tenido problemas de dormir?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. ha tenido pensamientos suicidas?
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **Durante los últimos 30 días, ¿ha intentado suicidarse por sentimientos de tristeza y desesperanza?**

PARTE 6: Apoyo al Barrio y la Participación Ciudadana

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

La siguiente serie de preguntas se refiere a su participación ciudadana en su barrio y el apoyo que usted y sus vecinos reciben de funcionarios públicos y organizaciones locales.

1. **¿Los vecinos son apoyados por la policía para mantener la seguridad?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **¿Los funcionarios públicos (como el alcalde, comisario u otros) están comprometidos a mejorar la vida de los vecinos?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **¿Las instituciones locales/ ONGs brindan servicios (como vivienda, salud u otros servicios) que satisfacen las necesidades de usted y sus vecinos?**

|  |
| --- |
| * Sí
 |
| * No
 |

1. **Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha escuchado o ha leído algunos mensajes o propagandas sobre los daños del uso de las siguientes sustancias…**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nunca | Unas pocas veces | Varias veces | Al menos una vez al mes |
| 1. Alcohol
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Cigarros o tabaco
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Marihuana
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Cigarros electrónicos o vaporizadores para inhalar/vapear nicotina
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. Heroína (“hache” o “H”)
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

1. **¿Cuál es su principal fuente de información sobre las drogas?**

|  |
| --- |
| * [CEDRO o organización de prevención en Pereira]
 |
| * Centro de estudio/trabajo
 |
| * Libros/revistas
 |
| * Periódicos
 |
| * Radio
 |
| * Televisión
 |
| * Cursos/seminarios
 |
| * La coalición comunitaria local
* Organizaciones de prevención locales
 |
| * Comités preventivos en colegios/escuelas
 |
| * Locales
 |
| * Internet
 |
| * Otro, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha…**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ninguna vez | Pocas veces: 1-3 | Algunas veces: 4-6 | Muchas veces: más de 6 | No existe |
| 1. **asistido a una reunión de la coalición de su zona o barrio?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. **trabajado en algún proyecto para mejorar su zona o barrio?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. **informado a otros vecinos de los asuntos o proyectos de su zona o barrio?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. **contactado a funcionarios de la municipalidad para recomendar algún cambio?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. **asistido a una reunión pública para presionar por un cambio en las normas u ordenanzas?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| 1. **tomado alguna acción para recuperar algún espacio público como una losa deportiva o parque?**
 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

PARTE 7: Impacto del Coronavirus

La pandemia del COVID-19 ha impactado muchos aspectos de la vida como el empleo y la salud. También puede haber impactado el nivel de la violencia en los barrios y el consumo de sustancias. Las siguientes preguntas se tratan del COVID-19 y como el COVID-19 ha impactado su barrio y sus experiencias personales.

1. **Desde el inicio de la pandemia del COVID-19 (1 de marzo, 2020), ¿el nivel de la violencia en su barrio ha aumentado, disminuido, o se ha mantenido igual?**

|  |
| --- |
| * Aumentado
 |
| * Disminuido
 |
| * Se ha mantenido igual
 |

1. **Desde el inicio de la pandemia del COVID-19 (1 de marzo, 2020), ¿el crimen en su barrio ha aumentado, disminuido, o se ha mantenido igual?**

|  |
| --- |
| * Aumentado
 |
| * Disminuido
 |
| * Se ha mantenido igual
 |

1. [Esta pregunta es solo para quienes han consumido sustancias en los últimos 12 meses. Especialmente, si contestaron “Sí” a la pregunta 40 (uso de alcohol) o “Sí” al uso de cualquiera de las sustancias mencionadas en 50a-u. Si no hubo consumo de alcohol o droga en los últimos 12 meses, p.ej., respondió “No” a las preguntas 40 y 50a-u, indique “N/A” a continuación y pase a la pregunta 137]

**La pandemia del COVID-19 puede haber impactado de diferentes maneras el consumo de sustancias de las personas. ¿Su consumo de sustancias ha cambiado de algunas de las siguientes maneras debido a la pandemia del COVID-19? Marque todo lo que aplique.** Si la sustancia no fue consumida en los últimos 12 meses, marque “N/A” y continúe a la siguiente sustancia nombrada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Inicie el uso**  | **Usé más de lo normal** | **Usé menos de lo normal** | **Quise dejarla** | **Traté dejarla** | **No recibí la ayuda necesaria para poder dejarla**  | **Ningún cambio**  | **N/A – sustancia no fue consumida en los últimos 12 meses** |
| a. alcohol |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b. marijuana |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c. cocaína |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d. heroina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e. basuco |  |  |  |  |  |  |  |  |
| f. otra sustancia:  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| g. otra sustancia:  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **¿Ha tenido algunas de las siguientes experiencias debido al COVID-19 (desde el 1 de marzo)? Marque todo lo que aplique.**

PARTE 8: Demográficas

|  |
| --- |
| * Compartí agujas, jeringas u otros implementos más de lo normal.
 |
| * Compartí agujas, jeringas u otros implementos menos de lo normal.
 |
| * Necesité agujas, jeringas u otros implementos limpios y no tenía.
 |
| * Inyecté drogas que normalmente no se inyectan.
 |
| * Inyecté menos de lo normal.
 |
| * Inyecté más de lo normal.
 |

Finalmente, por favor conteste las siguientes preguntas demográficas.

1. **Sexo biológico**

|  |  |
| --- | --- |
| Hombre | Mujer |
|  |  |

1. **¿Cuál es su año de nacimiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año escrito en 4 dígitos)**
2. **¿La vivienda cuenta con el servicio de energía eléctrica?**
* Si
* No
1. **Estrato para tarifa**

|  |
| --- |
| * Estrato 1
 |
| * Estrato 2
 |
| * Estrato 3
 |
| * Estrato 4
 |
| * Estrato 5
 |
| * Estrato 6
 |
| * Conexión pirata
 |
| * No sabe o planta eléctrica
 |

1. **Nivel de Educación**

**¿Qué nivel educativo ha alcanzado?**

|  |
| --- |
| * Ninguno
 |
| * Pre-escolar
 |
| * Básica primaria (1-5)
 |
| * Básica secundaria (6-9)
 |
| * Media (10-13)
 |
| * Técnica/tecnológica
 |
| * Universitaria
 |
| * Posgrado
 |
| * No sabe/ no informa
 |

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

1. **¿Cuál de estas alternativas define mayor su orientación sexual?**

|  |
| --- |
| * Heterosexual (atracción hacia el sexo opuesto)
 |
| * Gay/ lesbiana (atracción hacia el mismo sexo)
 |
| * Bisexual (atracción hacia ambos sexos)
 |
| * Otra
 |

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

1. **En cuanto a la manera como usted se siente respecto a su género, ¿Usted se identifica como…?**

|  |
| --- |
| * Masculino
 |
| * Femenino
 |
| * Transgénero (transmasculino y femenino)
 |
| * Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**¡Gracias por participar!**

[Dale al participante el incentivo y el folleto con información sobre el trastorno por consumo de sustancias y referencias a los servicios de tratamiento y de salud mental.]