

**CUESTIONARIO "SALES HOY?"**

ENCUESTADOR/A	
LUGAR Y FECHA DE LA ENCUESTA	
EDAD DEL ENCUESTADO/A:	
SEXO DEL ENCUESTADO/A:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
NUMERO DE ENCUESTADOS:	<b>1 +</b> (nº de personas que han escuchado la encuesta)

**1) ¿Qué drogas has consumido? NO CONVIENE LISTAR LAS SUSTANCIAS!!!!** Es preferible que sea la persona la que nos cuente, así sabremos si considera drogas el alcohol y el tabaco.

DROGAS O SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida	En la última semana (de 0 a 7 días)	En el último mes (de 0 a 31 días)
Alcohol			
<i>¿Cuántos de ellos te has emborrachado? (en la última semana y en el último mes)</i>			
Tabaco			
Cannabis (marihuana o hachís)			

**¿Y algunas otras?**

DROGAS O SUSTANCIAS	Alguna vez en la vida	En la última semana (de 0 a 7 días)	En el último mes (de 0 a 31 días)
Cocaína			
M o Cristal (ÉXTASIS)			
Alucinógenos (setas, tripis, peyote...)			
Speed (metanfetamina, anfet...)			
Popper, pegamentos, disolventes...			
Tranquilizantes o sedantes sin receta (somníferos, valium...)			
Ketamina			
Otras (GHB, heroína, crack, ... ): indicar cuáles			
-			

**2) En los últimos 30 días por término medio ¿Qué cantidad has consumido en un día laborable? ¿Y durante un fin de semana...? REFERENTE AL CONSUMO DEL ENCUESTADO. SÓLO PREGUNTAR POR LO QUE CONSUME!!!** Sumamos el consumo del mes entero!

DROGAS O SUSTANCIAS	DURANTE LA SEMANA (de L a J)	DURANTE EL FIN DE SEMANA
Número de CAÑAS, TERCIOS o BOTELLINES		
Número de VASOS DE VINO		
Número de COPA o CUBATAS		
Número de MINIS, LITRONAS, LITROS DE SANGRÍA...		
Número de BOTELLAS de Alcohol (Ron, ginebra, whisky...)		
Número de CIGARROS		
Número de PORROS/CANUTOS		
Otras: indicar cuáles		

**3) ¿Cuál es la sustancia que más consumes? ¿Y la segunda que más consumes? ¿Has pensado dejar alguna?** Indica la primera y segunda droga más consumida y marca con una X.


Sustancia 1 más habitual:	Sustancia 2 más habitual:
<input type="checkbox"/> Sí, y lo he intentado.	<input type="checkbox"/> Sí, y lo he intentado.
<input type="checkbox"/> Sí, pero no lo he intentado	<input type="checkbox"/> Sí, pero no lo he intentado
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO.

**CUESTIONARIO "SALES HOY?"**

**4) Durante el último mes ¿Cuántas noches has salido de fiesta/botellón/garitos/discotecas?**

Menos de una noche al mes	
De una a 3 veces al mes	
1 noche a la semana	
2 noches a la semana	
Más de 4 noches a la semana	
Nunca	

**5) La última noche que saliste, ¿habías pensando cuánto querías beber? Marca con una X.**

NO	<input type="checkbox"/>
SÍ	<input type="checkbox"/>
	En caso de contestar Sí, ¿cuál fue el límite que te habías fijado?:
	¿Y lo conseguiste?: NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

**6) ¿Te has avergonzado de haber bebido alguna vez? Marca con una X la respuesta.**

NO me he sentido avergonzado:	
SÍ me he sentido avergonzado:	

**7) ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas por haber consumido alcohol u otras drogas?**



POSIBLES PROBLEMAS	SÍ	NO
Accidente o lesión.		
Faltas o malos resultados en el trabajo o estudios		
Problemas con la policía (positivo en el test de alcoholemia, sanciones por posesión de drogas, robos, multa por botellón, etc)		
Escasez de dinero		
Problemas de salud (insomnio, temblores, irritabilidad, vómitos...)		
Problemas emocionales o psíquicos (Falta de interés, decaimiento, desconfianza frente a otras personas, ideas raras o paranoias...)		
Participación en alguna pelea		
Problemas con familiares, amigos o pareja (reproches por tu consumo)		
Relaciones Sexuales Inseguras		
Otras _ indicar cuáles:		

**8) ¿Qué riesgo consideras que tiene para la salud el consumo regular de...? : Marca con X, si nos preguntan, qué queremos decir con consumo regular les explicamos que 2 o 3 días por semana:**


SITUACIONES A VALORAR	NIVEL DE RIESGO				
	1 (Ninguno)	2 (Pequeño)	3 (Moderado)	4 (Grande)	NS/NC
TABACO					
ALCOHOL					
CANNABIS					
COCAÍNA					
ÉXTASIS					

CUESTIONARIO "SALES HOY?"

9) ¿Crees que es necesario cambiar tus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas? ¿Por qué?

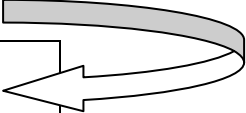
NO 	<input type="checkbox"/> ¿por qué no lo crees necesario? (indica el por qué):
SÍ 	<input type="checkbox"/> ¿por qué sí lo crees necesario? (indica el por qué):

10) ¿Has decidido hacer algo relacionado con tu consumo de alcohol u otras drogas?

NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SÍ 	<input type="checkbox"/> En caso de contestar Sí, ¿qué has decidido hacer? (marca con una X sólo una de las opciones): <input type="checkbox"/> Planificar mi consumo. <input type="checkbox"/> No mezclar sustancias. <input type="checkbox"/> Informarme sobre los efectos del consumo. <input type="checkbox"/> Asegurarme de que voy a consumir lo que me había propuesto en un principio. <input type="checkbox"/> Buscar alternativas al consumo. <input type="checkbox"/> Dejar de beber/consumir. <input type="checkbox"/> Otras (indicar cuáles):


**IMPORTANTE:** Si la persona quiere dejar de consumir y que le acompañemos en ese proceso, es importante que nos facilite su número de teléfono.

11) ¿Qué dudas tienes con relación al consumo de drogas? **IMPORTANTE:** INDICA QUÉ TIPO DE DUDAS HA PLANTEADO LA PERSONA


---

¡¡Recuerda dar a la persona o grupo flyers en función de lo que consuma y rellenar la parte trasera de la encuesta!!

**INFORMACION A RELLENAR POR EL ENCUESTADOR/A UNA VEZ FINALIZADO EL CUESTIONARIO**

¿Quiere la persona que le acompañemos en su proceso de dejar de consumir?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> teléfono:
¿Se ha derivado al encuestado/a a otros recursos de información?	 Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> - En caso de sí, especificar cuáles: (por ejemplo: Energy-control para test de sustancias o libro "Es fácil dejar de fumar si sabes cómo" para dejar de fumar - -
¿A través de qué medio se ha contactado con el encuestado/a?	- En el mostrador: <input type="checkbox"/> - Acercándose al encuestado/a: <input type="checkbox"/>
La información proporcionada al encuestado/a ha sido a través de (puedes marcar las 3 opciones):	- Entrega de folletos (librillos y folletos de la mesa) <input type="checkbox"/> - Entrega de las tarjetas-flyers (tarjetas de información) <input type="checkbox"/> - A través de conversación (si has tenido una conversación en profundidad) <input type="checkbox"/>
¿Consideras que el encuestado/a ha tomado conciencia sobre el consumo de drogas?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ya la tenía (previamente) <input type="checkbox"/>
¿Los encuestados/as han planteado sus dudas y demandado información?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IMPORTANTE: ESPECIFICAR CUALES EN LA PREGUNTA 11

**RELLENAR LA SIGUIENTE INFORMACION SOLO EN EL CASO QUE LOS USUARIOS/AS HAYAN REALIZADO LAS ACTIVIDADES O JUEGOS EN LA CARPA:**

MONITOR/A O VOLUNTARIO/A QUE REALIZA LA ACTIVIDAD:		Número total de personas que han participado
NOMBRES DE LAS ACTIVIDADES O JUEGOS	<input type="checkbox"/> Juego de las gafas	
	<input type="checkbox"/> ¿Qué droga soy?	
	<input type="checkbox"/> El juego de la oca.	
	<input type="checkbox"/> Alcoholímetro	