



***“Educación para la salud en jóvenes: impacto de las drogas de abuso en el cerebro”***

**Encuesta para estudiantes de Escuelas Secundarias**

Esta encuesta es de carácter **ANÓNIMO Y ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL** (de acuerdo a la Ley de Protección de los datos Personales N° 25326) y se realiza para ser utilizada en un estudio de observación de los hábitos de consumo de drogas por parte de adolescentes.

**Datos Personales**

Edad: .....

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Año que cursa en la escuela:

☐ 1er. Año ☐ 2do. Año ☐ 3er. Año ☐ 4to. Año ☐ 5to. Año ☐ 6to. Año

Marca con una cruz en donde corresponda:

1. En el siguiente listado de sustancias psicoactivas especifica si crees que producen adicción o no:

	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfe/metanfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solventes/Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinógenos(LSD,etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esteroides Anabólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicotrópicos sin presc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pasta base/paco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebidas energizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra ilícita.....			
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra.....			

2. ¿Crees que el consumo de sustancias psicoactivas ocasiona problemas de:

	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiar/amistades/trabajo/estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros.....			
Legales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

3. ¿Crees que el conocimiento que tienes sobre el tema es:

☐ suficiente ☐ insuficiente

4. ¿Dónde te parece importante tratar estos temas?

☐ en la familia ☐ en la escuela ☐ otros:.....

**CONTINÚA ATRÁS**



***“Educación para la salud en jóvenes: impacto de las drogas de abuso en el cerebro”***

**5.- ¿Consumiste alguna de las siguientes sustancias alguna vez en la vida?**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cocaína                 | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Marihuana               | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Tabaco                  | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Popper                  | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Crack                   | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Alcohol                 | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Anfe/metanfetaminas     | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, etc) | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Morfina                 | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Pasta base/paco         | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Bebidas energizantes    | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Éxtasis                 | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Solventes/Inhalantes    | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Esteroides Anabólicos   | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Psicotrópicos sin presc | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Ketamina                | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Otra ilícita.....       | ¿A qué edad por primera vez? ..... |
| <input type="checkbox"/> Otra .....              | ¿A qué edad por primera vez? ..... |

**6.- Si la respuesta a la pregunta 5 fue afirmativa: ¿Qué motivos te llevaron a consumir por primera vez?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Para sentirte bien               | <input type="checkbox"/> Para aumentar el rendimiento físico | <input type="checkbox"/> Por curiosidad |
| <input type="checkbox"/> Para intentar evadir la realidad | <input type="checkbox"/> Presión de los amigos               | <input type="checkbox"/> Otros:.....    |

**7.- ¿Consumiste alguna de las siguientes sustancias alguna vez en los últimos 365 días?**

- |                                    |  |  |                                  |
|------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cocaína   | <input type="checkbox"/> Anfe/metanfetaminas     | <input type="checkbox"/> Solventes/Inhalantes  | <input type="checkbox"/> Popper  |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, etc) | <input type="checkbox"/> Esteroides Anabólicos | <input type="checkbox"/> Crack   |
| <input type="checkbox"/> Ketamina  | <input type="checkbox"/> Pasta base/paco         | <input type="checkbox"/> Tabaco                | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Éxtasis   | <input type="checkbox"/> Psicotrópicos sin presc | <input type="checkbox"/> Otra.....             |                                  |
| <input type="checkbox"/> Morfina   | <input type="checkbox"/> Bebidas energizantes    | <input type="checkbox"/> Otra ilícita.....     |                                  |

**8.- ¿Consumiste alguna de las siguientes sustancias alguna vez en los últimos 30 días?**

- |                                    |  |  |                                  |
|------------------------------------|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cocaína   | <input type="checkbox"/> Anfe/metanfetaminas     | <input type="checkbox"/> Solventes/Inhalantes  | <input type="checkbox"/> Popper  |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Alucinógenos(LSD, etc)  | <input type="checkbox"/> Esteroides Anabólicos | <input type="checkbox"/> Crack   |
| <input type="checkbox"/> Ketamina  | <input type="checkbox"/> Pasta base/paco         | <input type="checkbox"/> Tabaco                | <input type="checkbox"/> Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Éxtasis   | <input type="checkbox"/> Psicotrópicos sin presc | <input type="checkbox"/> Otra.....             |                                  |
| <input type="checkbox"/> Morfina   | <input type="checkbox"/> Bebidas energizantes    | <input type="checkbox"/> Otra ilícita.....     |                                  |

**9.- ¿Con qué frecuencia consumiste la o las sustancias que marcaste en la pregunta 8?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Todas las semanas ¿Cuáles?..... | <input type="checkbox"/> Una vez a la semana ¿Cuáles?.....        |
|  | <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana ¿Cuáles?..... |

**¡Muchas gracias!!!!**