

ENCUESTA MOTIVACIONAL

Recuerda que este cuestionario es una herramienta orientativa y el resultado no es diagnóstico.

OBJETIVO: comprender las razones, creencias, valores y expectativas que influyen en el inicio, mantenimiento, escalada o cesación del consumo

ENCUESTADOS: No importa si eres consumidor/a o no. En caso de no serlo, ponte en su piel e imagina lo que responderías. Esta encuesta es confidencial y personal.

1. Motivaciones para el Inicio y Mantenimiento del Consumo:

- **En una escala del 1 al 5** (donde 1 es nada importante y 5 es extremadamente importante), **¿cuán importante es para ti consumir drogas para...**
 - ...sentirte más relajado/a? 1 2 3 4 5
 - ...encajar con un grupo de amigos? 1 2 3 4 5
 - ...olvidar problemas o preocupaciones? 1 2 3 4 5
 - ...experimentar nuevas sensaciones? 1 2 3 4 5
 - ...aumentar tu confianza en situaciones sociales? 1 2 3 4 5
 - ...disminuir el aburrimiento? 1 2 3 4 5
- **¿Qué beneficios crees que obtienes al consumir drogas?**
(Pregunta abierta)

- **¿Qué crees que perderías si dejaras de consumir drogas?**
(Pregunta abierta)

2. Percepción de Riesgos y Beneficios:

- **En una escala del 1 al 5 (donde 1 es muy bajo y 5 es muy alto), ¿cuán riesgoso crees que es para tu salud...**
 - ...consumir Alcohol? 1 2 3 4 5
 - ...consumir Cannabis? 1 2 3 4 5
 - ...consumir Cocaína? 1 2 3 4 5
 - ...consumir drogas ocasionalmente? 1 2 3 4 5
 - ...consumir drogas regularmente? 1 2 3 4 5
- **¿Cuáles crees que son las posibles consecuencias negativas de tu consumo de drogas?** (Pregunta abierta)

- **¿Crees que los beneficios de consumir drogas superan los riesgos?** Explica tu respuesta.

3. Influencia Social y Normativa:

a. ¿Cuántos de tus amigos o conocidos consumen drogas?

- ☐ Ninguno
- ☐ Algunos
- ☐ La mayoría
- ☐ Todos

b. ¿Crees que el consumo de drogas es algo "normal" o aceptado en tu grupo de amigos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

c. ¿Te sientes presionado/a por otras personas para consumir drogas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

d. ¿Cómo influyen las opiniones de tu familia sobre el consumo de drogas en tus propias decisiones? (Pregunta abierta)

4. Motivación para el Cambio (si aplica):

a. ¿Has pensado alguna vez en reducir o dejar de consumir drogas?

- ☐ Sí
☐ No

b. En una escala del 1 al 10 (donde 1 es nada motivado/a y 10 es extremadamente motivado/a),
¿Cuán motivado/a te sientes actualmente para cambiar tus hábitos de consumo de drogas? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c. ¿Qué razones tendrías para querer reducir o dejar de consumir drogas? (Pregunta abierta)

d. ¿Qué obstáculos anticipas para reducir o dejar de consumir drogas? (Pregunta abierta)

e. ¿Qué tipo de apoyo crees que te sería útil si decidieras cambiar tus hábitos de consumo? (Pregunta abierta)

5. Creencias sobre el Control y la Autoeficacia:

a. ¿Crees que tienes la capacidad de controlar tu consumo de drogas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ A veces

b. ¿Qué tan seguro/a te sientes de poder resistir las ganas de consumir drogas en diferentes situaciones?

- ☐ Muy inseguro
- ☐ Inseguro
- ☐ Neutral
- ☐ Seguro
- ☐ Muy seguro

c. ¿Qué crees que te ayudaría a tener más control sobre tu consumo? (Pregunta abierta)