

# Encuesta

El objetivo de la presente encuesta es detectar las necesidades e intereses de la población. Gracias por participar.

¿Cuál es el grado de conocimiento que usted tiene del término Plan Municipal sobre Drogas?

- Muy elevado
- Elevado
- Normal
- Bajo
- Muy bajo

¿Qué problemas sociales detectas en tu concejo? Puntúa el nivel/presencia de 1 a 10, siendo 1 la puntuación más baja y 10 la puntuación más alta.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pobreza           | <input type="checkbox"/> Sedentarismo             |
| <input type="checkbox"/> Alcohol           | <input type="checkbox"/> Desempleo                |
| <input type="checkbox"/> Tabaco            | <input type="checkbox"/> Discriminación social    |
| <input type="checkbox"/> Drogas ilegales   | <input type="checkbox"/> Discriminación de género |
| <input type="checkbox"/> Juegos de azar    | <input type="checkbox"/> Otros: _____             |
| <input type="checkbox"/> Mala alimentación |   |

¿Cuáles son los dos principales problemas o necesidades de esta comunidad que usted considera que merecen mayor atención?

---

---

---

Por favor, clasifique las siguientes necesidades de salud

Actividad	No es necesario	Pocas veces necesario	Necesario	Muy necesario
de educación para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de ejercicio físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
de alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sobre consumo de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sobre educación afectiva-sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Qué otras necesidades de salud percibes? Por favor especifique:

---

---

---

---

Por favor, indica las mayores necesidades que detectas para los siguientes grupos de personas:

Infancia: \_\_\_\_\_

Jóvenes: \_\_\_\_\_

Adultos/as: \_\_\_\_\_

Personas mayores: \_\_\_\_\_

Mujeres: \_\_\_\_\_

Otros grupos: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia participas en las actividades de tu pueblo?

- Muy a menudo
- Algo
- Poco
- Nunca

Si no participas en las actividades, ¿cuál es el motivo?

---

---

¿Qué tipo de actividades te gustaría que hubiese o crees que se deberían llevar a cabo en tu concejo?

---

---

---

---

¿Qué temas te interesan para posibles charlas informativas?

---

---

---

---

Otras aportaciones:

---

---

---

---

Una vez finalizada la encuesta deposítela en el buzón ubicado en la entrada de la Casa de Cultura, Ayuntamiento o Centro de Salud, entréguesela a la técnica del Plan Municipal sobre Drogas o envíela por correo electrónico a la dirección [pmdboalgrandas@boal.es](mailto:pmdboalgrandas@boal.es)