**INSTRUCTIVO:** DIAGNOSTICO INICIAL PROGRAMA INTEGRAL DE REDUCCION Y PREVENCION DEL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN EMPRESAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | COLUMNA | DESCRIPCION | OPCIONES DE RESPUESTA |
| 1 | FECHA DEL DIAGNOSTICO |  |  |
| 2 | NOMBRE DE LA EMPRESA/INSTITUCION | **ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO** |  |
| 2.1 | RUC | **0660001250001** |
| 2.2  | CARGO O PUESTO DEL TRABAJADOR |  |  |
| 3 | CEDULA/PASAPORTE DEL EMPLEADO |  |  |
| 3.1  | AÑO DE NACIMIENTO |  |  |
| 3.2 | TIPO DE AFILIACION DEL SEGURO SOCIAL | **PRIVADA** | **PUBLICA** |
| 3.3 | ESTADO CIVIL | **SOLTERO** | **CASADO** | **DIVORCIADO** | **VIUDA/O** | **UNION LIBRE** |
| 3.4  | GENERO | **MASCULINO** | **FEMENINO** | **GLBTI** |
| 3.5 | NIVEL DE INSTRUCCION | **EDUCACION BASICA** | **BACHILLER** | **TERCER NIVEL** | **CUARTO NIVEL** |
| 3.6 | NUMERO DE HIJOS | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
| 3.7 | AUTOIDENTIFICACION ÉTNICA | **MESTIZO** | **INDÍGENA** | **AFRO-ECUATORIANO** | **BLANCO** | **MONTUBIO** | **OTRO** |
| 3.8 | DISCAPACIDAD | **AUDITIVA** | **FÍSICA** | **INTELECTUAL** | **LENGUAJE** | **PSICO-SOCIAL** | **VISUAL** | **NO APLICA** |
| 3.9 | PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD | **30%** | **40%** | **50%** | **60%** | **70%** | **805** | **90%** | **100%** |
| 3.10 | EL EMPLEADO ES TRABAJADOR SUSTITUTO | **SI** | **NO** |
| 3.11 | ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES | **CATASTRÓFICA** | **CRÓNICA NO TRANSMISIBLE** | **CRÓNICA TRANSMISIBLE** | **AGUDA** | **NO DIAGNOSTICADA** |
| 4 | PRINCIPAL DROGA QUE CONSUME | **ALCOHOL** | **ANFETAMINAS** | **BASE DE COCAINA** | **CANNABIS(HACHÍS,****MARIHUANA, THC)** | **COCAINA** |
| **DROGAS DE SINTESIS(EXTASIS, MDMA, KETAMINA** | **HONGOS** | **INHALANTES/****AEROSOLES, PEGAMENTOS****,DISOLVENTES, ETER** | **LSD** | **MEZCALINA** |
| **OPIÁCEOS(OPIO, HEROÍNA, MORFINA, METADONA)** | **PSILOCIBINA** | **TABACO** | **OTRO** | **NO CONSUME** |
| 4.1 | EN CASO DE SELECCIONAR “OTRA” ESPECIFIQUE CUAL |  |
| 4.2 | OTRAS DROGAS QUE CONSUME | **ALCOHOL** | **ANFETAMINAS** | **BASE DE COCAINA** | **CANNABIS(HACHÍS,****MARIHUANA, THC)** | **COCAINA** |
| **DROGAS DE SINTESIS(EXTASIS, MDMA****, KETAMINA** | **HONGOS** | **INHALANTES/****AEROSOLES, PEGAMENTOS****,DISOLVENTES, ETER** | **LSD** | **MEZCALINA** |
| **OPIÁCEOS(OPIO, HEROÍNA, MORFINA, METADONA)** | **PSILOCIBINA** | **TABACO** | **OTRO** | **NO CONSUME** |
| 4.3 | FRECUENCIA DE CONSUMO | **5-7D/SM** | **2-4V/SM** | **2-7V/SM** | **1 V/SM** | **2-12V/AÑO** | **1V7AÑO** | **NO CONSUME** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.4 | EL EMPLEADO RECONOCE TENER UN PROBLEMA DE CONSUMO | **NO APLICA** | **SI** | **NO** |
| 4.5 | FACTORES SOCIALES RELACIONADOS AL CONSUMO | **NO APLICA** | **AGOBIO Y TENSION EN EL TRABAJO** | **ACOSO LABORAL** | **CANSANCIO INTENSO****AGOBIO** |
| **COMPAÑEROS** **CONSUMIDORES** | **CONTRATOS PRECARIOS** | **CURIOSIDAD SOBRE LOS EFECTOS DE LAS DROGAS** | **DIFICULTAD EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS** |
| **ELEVADOS NIVEL DE TENSIÓN Y ESTRÉS LABORAL** | **EXISTENCIADE EXPENDIO DE DROGAS EN EL LUGAR DE TRABAJO** | **FAMILIARES CONSUMIDORES** | **INSATISFACCION CON EL TIPO DE TRABAJOQUE SE REALIZA Y DEL TRATO DE SUS SUPERIORES COMPAÑEROS** |
| **INSEGURIDAD EN CUANTO AL FUTURO LABORAL** | **LARGAS AUSENCIAS DEL HOGAR POR MOTIVOS LABORALES** | **MALA SITUACIÓN ECONÓMICA EN LA FAMILIA** | **PELIGROSIDAD EN EL DESEMPEÑO DE LA TAREA** |
| **PROBLEMAS DE CONCILIACIÓN ENTRE EL TRABAJO Y LAS TAREAS DOMESTICAS** | **SENTIMIENTO DE ESTAR POCO CAPACITADO O SIN FORMACION PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO DE TRABAJO** | **-SINDROME DE BURNOUT ………****-TAREA RUTINARIA……****-TRABAJOS NOCTURNOS………****-SOMETIDOS A OBJETIVOS DE ALTO RENDIMIENTO………** | **TURNOS ROTATORIOS O CAMBIANTES……****OTROS……….** |
| 5 | TRATAMIENTO | **DESEA RECIBIR TRATAMIENTO** | **NO DESEA RECIBIR TRATAMIENTO** | **NO CONSUME** |
| 6 | PERSONAL HA RECIBIDO SENSIBILIZACION, CAPACITACION, CHARLAS | **CHARLAS**  | **TALLERES** | **CAPACITACION** | **OTROS** |
| 7 | EMPLEADO CUENTA CON EXAMENES PREOCUPACIONALES | **SI** | **NO** |

Fecha:……………………………………

Dra. Mónica Herrera Z

**Medico Ocupacional**