INSTRUCTIVO

ESTUDIO SOBRE NIVELES DE RIESGO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN ESCOLAR DEL MUNICIPIO DE YUMBO

1. El estudio está focalizado en estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de colegios públicos
2. La encuesta es anónima, no deberás poner tu nombre, así que no tendremos como rastrear tus respuestas.
3. Los datos obligatorios son la fecha, la institución educativa a la que perteneces y el grado. Una vez ingreses al aplicativo, debes completar los datos y posteriormente responder.
4. La pregunta **1** indaga si alguna vez en tu vida has consumido alguna sustancia. Si respondes (SI) a alguna de ellas, se desplegara la pregunta **2**, que indaga acerca del consumo de sustancias en los últimos 3 meses. Si respondes (SI), se desplegaran las otras preguntas. Si respondes que (No), el siguiente paso es responder la pregunta **8** y la encuesta se termina.
5. Una vez hayas respondido todas las preguntas que el sistema te habilita, deberás dar **click en agregar** y el sistema te dará una retroalimentación acerca del riesgo de tu consumo de las diversas sustancias y te permitirá reflexionar sobre este riesgo.

Te invitamos a responder la encuesta, te tomará 10 minutos.

Ayudanos a diseñar programas de prevención y promoción de la salud mental en nuestro municipio!

Accede al siguiente link:

http://190.109.9.22:81/interviewes/ctrl_code

con el código: **113**

¡Gracias por participar!

Alcaldía
de Yumbo

Así te aparecerá al ingreso

TEST ASSIST	
<input type="button" value="Agregar"/>	
GENERAL	
Fecha *	06/10/2021 DD/MM/AAAA
Institucion *	Seleccione...
Grado *	Seleccione...
ESTUDIANTE	
Edad	<input type="text"/>
Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino
Etnia	Seleccione...
PREGUNTA 1, A lo largo de la vida, cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta medica)	
TABACO (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	☒ NO ☐ SI
BEBIDAS ALCOHOLICAS (cerveza, vinos, licores, etc.)	☒ NO ☐ SI
CANNABIS (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	☒ NO ☐ SI
COCAINA (coca, crack, etc.)	☒ NO ☐ SI
ESTIMULANTE DE TIPO ANFETAMINA (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	☒ NO ☐ SI
INHALANTE (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	☒ NO ☐ SI
SEDANTES O PASTILLAS PARA DORMIR (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	☒ NO ☐ SI
ALUCINOGENOS (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	☒ NO ☐ SI
OPIACEOS (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	☒ NO ☐ SI
OTRAS	☒ NO ☐ SI

Las otras preguntas se despliegan según tus respuestas

PREGUNTA 2, En los últimos tres meses, con que frecuencia ha consumido las sustancias que menciono?
PREGUNTA 3, En los últimos tres meses, con que frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?
PREGUNTA 4, En los últimos tres meses, con que frecuencia el consumo le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?
PREGUNTA 5, En los últimos tres meses, con que frecuencia dejo de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo?
PREGUNTA 6, Un amigo, un familiar o alguien mas alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo?
PREGUNTA 7, Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo y no lo ha logrado?
PREGUNTA 8, Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta medica)
DROGA INYECTADA ☒ NO NUNCA ☐ SI E
Campos obligatorios
<input type="button" value="Agregar"/>