Encuesta 5 - BienEstar Joven

¡Te damos la bienvenida al proyecto BienEstar Joven! Gracias por formar parte de este importante estudio sobre el bienestar de los participantes del programa Renta Joven. Este estudio es el resultado de una colaboración entre Prosperidad Social, la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB) y la Universidad de Lausanne en Suiza. Por completar esta encuesta recibirás un bono. Hemos aumentado la compensación por diligenciar esta encuesta completa. Recibirás un bono de 10.000 pesos a través de Pluxee. Además, ¡llenando esta encuesta participarás en rifas para ganar bonos de $250.000 pesos! Tu participación es fundamental para el éxito de nuestro proyecto. Agradecemos sinceramente tu tiempo y disposición para completar esta última encuesta.

Gracias por aceptar participar en esta encuesta.

Para nosotros, es importante que responda a todas las preguntas con sinceridad y atención.

Cédula _____

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su situación actual.

¿Sigue cursando el mismo programa académico que en la última encuesta?
- ◯ Si
- ◯ No

¿Por qué ya no está cursando el mismo programa académico?
- ◯ Cambié de programa académico
- ◯ Me gradué del programa
- ◯ Interrumpí temporalmente mi estudios
- ◯ Me retiré
- ◯ Otra razón

¿Cuál?

_____

Espera regresar a su programa académico?
- ◯ Sí
- ◯ No
- ◯ No sabe

Las siguientes dos preguntas se refieren al SEMESTRE ACTUAL (de agosto a diciembre de 2025)

¿Ha recibido su promedio académico de este semestre?
- ◯ Si
- ◯ No

¿Cuál es su promedio académico DEL SEMESTRE ACTUAL?

_____

¿Cuál es su promedio académico ACUMULADO de la carrera AL FINAL DEL SEMESTRE ACTUAL?

_____

¿Cuál cree usted que será su promedio académico AL FINAL DEL SEMESTRE ACTUAL?

_____

¿Cuál cree usted que será su promedio académico ACUMULADO de la carrera AL FINAL DEL SEMESTRE ACTUAL?

_____

En el último mes, ¿en qué actividad ha ocupado la mayor parte de su tiempo?
- ◯ Trabajando
- ◯ Buscando trabajo
- ◯ Estudiando
- ◯ Oficios del hogar
- ◯ Incapacitado permanente para trabajar
- ◯ Otra actividad

En el último mes, ¿ha realizado alguna actividad remunerada?
- ◯ Si
- ◯ No

En esa actividad, usted se considera:	◯ Empleado de empresa particular ◯ Empleado del gobierno ◯ Trabajador independiente (Sector público o privado) ◯ Empresario/Empleador ◯ Trabajador en empresa familiar ◯ Otro
¿Su contrato de trabajo incluye prestaciones sociales?	◯ Si ◯ No
En el último mes, en promedio, ¿cuántas horas a la semana le dedicó a este empleo?	_____
¿Cuál fue su ingreso laboral en el mes pasado? (Incluya propinas y comisiones. No incluya horas extras, viáticos, ni ayudas en especie)	_____

20%

Progreso

35%

Progreso

Gracias por sus respuestas a las preguntas anteriores. Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre cómo se siente. Por favor, lea atentamente las instrucciones y seleccione la mejor respuesta.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

		Ningún día	Varios dias	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	¿Poco interés o placer en hacer cosas?	◯	◯	◯	◯
2	¿Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?	◯	◯	◯	◯
3	¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado?	◯	◯	◯	◯
4	¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?	◯	◯	◯	◯
5	¿Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso?	◯	◯	◯	◯
6	¿Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia?	◯	◯	◯	◯
7	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como ver la televisión o hacer actividades cotidianas?	◯	◯	◯	◯
8	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado, o, por el contrario, ha estado tan inquieto(a) o agitado(a) que se ha movido mucho más de lo normal?	◯	◯	◯	◯
9	¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?	◯	◯	◯	◯

PHQ9 score _____

PHQ-9 Severity Level _____

¿Durante las últimas dos semanas ha pensado en hacerse daño a usted mismo o quitarse la vida?

◯ Si
◯ No

Hemos notado que la respuesta a la anterior pregunta es positiva. Uno de nuestros psicólogos se comunicará con usted en las siguientes 24 horas.

Si requiere atención urgente, por favor diríjase al centro de salud u hospital con atención de urgencias más cercano, o comuníquese con la línea 123 de emergencias a nivel nacional o la línea 106 de salud mental en Bogotá, Boyacá o Antioquia.

Adicionalmente, si quiere hablar con un profesional de manera gratuita, puede acceder al siguiente servicio: https://porquequieroestarbien.com/

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	○	○	○	○
No ha podido dejar de preocuparse	○	○	○	○
¿Se ha preocupado demasiado por diferentes motivos?	○	○	○	○
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	○	○	○	○
¿Ha presentado una intranquilidad de tal grado que no puede quedarse quieto (a)?	○	○	○	○
¿Se ha molestado o irritado fácilmente?	○	○	○	○
¿Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar?	○	○	○	○

GAD7 score

_____

GAD-7 Severity Score

_____

Lo invitamos a responder las siguientes preguntas con el fin de conocer cómo le ha afectado en el ÚLTIMO MES alguna experiencia de su vida que usted considere muy difícil, dolorosa o aterradora.

	No	Sí
¿Ha tenido pesadillas o piensa sobre esa experiencia sin quererlo?	○	○
¿Ha tratado, sin logro, de no pensar en la experiencia, o ha tratado a toda costa (o a todo costo) de evitar situaciones que le recuerden esa experiencia?	○	○
¿Ha estado usted a la defensiva, vigilante de su entorno, o se sobresalta fácilmente desde que tuvo esa experiencia?	○	○
¿Ha tenido sensaciones de entumecimiento en los brazos o en las piernas o se ha sentido aislado o desprendido de otros (amigos, seres queridos), de su entorno, o de actividades que disfrutaba antes?	○	○
¿Se sintió culpable o no pudo dejar de culparse a sí mismo o a los demás por el evento o los problemas que éste le haya podido causar?	○	○

PCL5 score _____

PTSD Severity Group _____

Overall Severity Group _____

40%

Progreso

60%

Progreso

Aquí le haremos algunas preguntas sobre sus preferencias, comportamientos y creencias.

En comparación con los demás, ¿se considera usted una persona dispuesta a renunciar a algo hoy para beneficiarse de ello en el futuro?

0 - nada dispuesto a renunciar a algo hoy — 5 — 10 - muy dispuesto a renunciar a algo hoy

(Place a mark on the scale above)

Ahora quisiera preguntarle sobre su disposición a actuar de una determinada manera.

¿Qué tan dispuesto está a renunciar a algo beneficioso para usted actualmente con el fin de obtener mayores beneficios en el futuro?

0 - nada dispuesto(a) — 5 — 10 - muy dispuesto(a)

(Place a mark on the scale above)

Suponga que le dan la posibilidad de elegir entre recibir un pago hoy o un pago dentro de 12 meses.

Le vamos a presentar ahora dos situaciones.

- El pago hoy es igual para todas las situaciones.
- El pago dentro de 12 meses es diferente para cada caso. Para cada una de estas situaciones quisiéramos saber cual prefiere usted.

Vamos a suponer que no hay inflación, es decir, los precios a futuro serán los mismos que los precios actuales.

Por favor considere lo siguiente:

¿Preferiría recibir 28.000 Pesos hoy ó 43.100 Pesos dentro de 12 meses? ◯ Hoy ◯ Dentro de 12 meses

¿Preferiría recibir 28.000 Pesos hoy ó 56.400 Pesos dentro de 12 meses? ◯ Hoy ◯ Dentro de 12 meses

50%

Progreso

70%

Progreso

Gracias por sus respuestas a las preguntas anteriores. Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y su atención sanitaria. Lea atentamente las instrucciones y seleccione la mejor respuesta.

Cuestionario de salud

Versión en español para Colombia
(Spanish version for Colombia)

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Por favor toque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

MOVILIDAD

◯ No tengo problemas para caminar
◯ Tengo problemas leves para caminar
◯ Tengo problemas moderados para caminar
◯ Tengo problemas graves para caminar
◯ Soy incapaz de caminar

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Por favor toque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

CUIDADO PERSONAL

◯ No tengo problemas para bañarme o vestirme
◯ Tengo problemas leves para bañarme o vestirme
◯ Tengo problemas moderados para bañarme o vestirme
◯ Tengo problemas graves para bañarme o vestirme
◯ Soy incapaz de bañarme o vestirme

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Por favor toque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

ACTIVIDADES COTIDIANAS (ejemplo: Trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades de recreación)

◯ No tengo problemas para hacer mis actividades cotidianas
◯ Tengo problemas leves para hacer mis actividades cotidianas
◯ Tengo problemas moderados para hacer mis actividades cotidianas
◯ Tengo problemas graves para hacer mis actividades cotidianas
◯ Soy incapaz de hacer mis actividades cotidianas

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Por favor toque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

Sample
Sample
Sample

DOLOR / MALESTAR

◯ No tengo dolor ni malestar
◯ Tengo dolor o malestar leve
◯ Tengo dolor o malestar moderado
◯ Tengo dolor o malestar fuerte
◯ Tengo dolor o malestar extremo

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Por favor toque UNA casilla, la que mejor describe su salud HOY.

ANGUSTIA / DEPRESIÓN

◯ No estoy angustiado(a) ni deprimido(a)
◯ Estoy levemente angustiado(a) o deprimido(a)
◯ Estoy moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)
◯ Estoy muy angustiado(a) o deprimido(a)
◯ Estoy extremadamente angustiado(a) o deprimido(a)

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

Nos gustaría saber lo buena o mala que es su salud HOY. La escala está numerada de 0 a 100.
100 representa la mejor salud que se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que se pueda imaginar.
Por favor, toque en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.

0 - La peor salud que se pueda imaginar | 50 | 100 - La mejor salud que se pueda imaginar

(Place a mark on the scale above)

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. Colombia (Spanish) v1.0

¿Cuántas veces ha utilizado los siguientes servicios hospitalarios en los últimos 6 meses?

(Introduzca '0' si no ha utilizado el servicio)

Servicios	frecuencia
Servicio de urgencias	_____
Consulta externa/ambulatoria	_____
Hospitalización psiquiátrica	_____
Hospitalización general	_____
Hospital Dia	_____
Otro : especifique _____	_____

¿Cuántas veces ha utilizado cada uno de los siguientes servicios en los últimos 6 meses?

(Introduzca '0' si no ha utilizado el servicio)

Servicios	frecuencia
Psiquiatría	_____
Psicología	_____
Medicina General	_____
Enfermería	_____
Trabajo Social	_____
Terapia ocupacional	_____
Asistencia domiciliaria	_____
Otro : especifique _____	_____

Sample

La plataforma BienEstar Joven fue útil para ayudarle a acceder o utilizar algún servicio o apoyo de salud mental en los últimos 6 meses	◯ Muy en desacuerdo ◯ En desacuerdo ◯ Ni de acuerdo ni en desacuerdo ◯ De acuerdo ◯ Muy de acuerdo

70%

Progreso

99%

Progreso

Gracias por su respuesta anterior. Esta es la última sección de la encuesta, que consiste en una serie de preguntas sobre su uso de la Plataforma BienEstar Joven.

¿Utilizó la plataforma BienEstar Joven al menos una vez durante el primer semestre de este año?

- ◯ Si
- ◯ No

¿Qué le impidió usar la plataforma BienEstar Joven? (Seleccione todas las que correspondan):

- ☐ No estaba seguro(a) de cómo acceder a ella
- ☐ Encontré difícil navegar en la plataforma
- ☐ Sentí que no era relevante para mis necesidades
- ☐ No me sentí motivado(a) a usarla
- ☐ No sabía que la plataforma estaba disponible
- ☐ Preferí otras formas de abordar mis necesidades de salud mental
- ☐ Tuve dificultades técnicas para acceder a la plataforma
- ☐ Otro

¿Qué dificultades?

_____

¿Cuál otro?

_____

¿En qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación?: "Recibí suficiente información o guía sobre cómo usar la plataforma"

- ◯ Muy en desacuerdo
- ◯ En desacuerdo
- ◯ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ◯ De acuerdo
- ◯ Muy de acuerdo

Nos gustaría conocer su opinión sobre la plataforma BienEstar Joven, respondiendo a las siguientes preguntas.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La plataforma BienEstar Joven cuenta con mi aprobación.	○	○	○	○	○
La plataforma BienEstar Joven me pareció interesante.	○	○	○	○	○
Me gustó la plataforma BienEstar Joven.	○	○	○	○	○
Considero que la plataforma BienEstar Joven es una iniciativa bienvenida.	○	○	○	○	○

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La plataforma BienEstar Joven me parece oportuna.	○	○	○	○	○
La plataforma BienEstar Joven me parece adecuada.	○	○	○	○	○
La plataforma BienEstar Joven me parece apropiada.	○	○	○	○	○
La plataforma BienEstar Joven responde a las necesidades de los estudiantes en su institución educativa.	○	○	○	○	○

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
La plataforma BienEstar Joven parece ser implementable en el contexto colombiano.	○	○	○	○	○
Parece posible participar en la plataforma BienEstar Joven.	○	○	○	○	○
La plataforma BienEstar Joven parece ser viable.	○	○	○	○	○
Parece ser fácil participar en la plataforma BienEstar Joven.	○	○	○	○	○

	Muy cierto	En parte verdad	No es cierto en absoluto
Aprendí estrategias y habilidades que me ayudan cuando estoy preocupado(a) por mi salud mental	○	○	○

Planeo seguir practicando y usando estas habilidades en el futuro.	○	○	○
Recomendaría esta plataforma a un amigo.	○	○	○
El par me animó a involucrarme más en la plataforma BienEstar Joven.	○	○	○
Sería igual de probable que participara sin el apoyo de un par.	○	○	○

¿Qué aspecto(s) de la plataforma BienEstar Joven fue(ron) más útil(es) y por qué?

_____

¿Qué cambios recomienda para la plataforma BienEstar Joven?
Danos tu opinión sobre el programa, cualquier problema e ideas para mejorar o añadir.

_____

En caso de emergencia, nos gustaría contar con un número de teléfono de alguien de confianza.
¿Podría proporcionarnos el número de contacto de esta persona ? Queremos reiterarle que compartir esta información es completamente voluntario y no está obligado(a) a proporcionarla.

_____

Por favor, proporcione cualquier comentario que pueda tener sobre la encuesta

¿Tuvo algún problema al completarla? ¿Hubo alguna pregunta que no fue clara o que correspondía a su situación?

_____

100%

Progreso

_____