Encuesta 2 - BienEstar Joven

¡Bienvenido(a) 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.Al completar esta encuesta, estás concursando en rifas de bonos de supermercado o entretenimiento por $100.000 pesos. Tu participación es fundamental para el éxito de BienEstar Joven. Agradecemos sinceramente tu tiempo y disposición para completar esta segunda encuesta.

_____

Gracias por aceptar participar en esta encuesta.

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

Cédula

_____

Calculation field to check the matching of the cédula

_____

Por favor, verifique que este es su número de cédula correcto antes de continuar.

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 con la línea 106 de salud mental en Bogotá, Boyacá y 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 - For Randomization

_____

20%

Progreso

En una escala de 0 a 10, donde 0 significa que no está nada satisfecho y 10 que está completamente satisfecho, ¿qué tan satisfecho(a) está con su vida en general en estos días?

0 5 10

(Place a mark on the scale above)

A continuación, lo invitamos a pensar sobre sus hábitos de sueño.

Por favor, seleccione la respuesta que mejor refleje cómo ha estado durmiendo en las ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Me da igual	Insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho o insatisfecho se siente con sus hábitos de sueño?	◯	◯	◯	◯	◯

	No afecta	Afecta levemente	Afecta un poco	Afecta mucho	Afecta muchísimo
¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño afecta su vida diaria? (Por ejemplo, generándole fatiga durante el día, disminuyendo su capacidad para funcionar en el trabajo o en sus ocupaciones diarias, afectando su concentración, memoria o estado de ánimo).	◯	◯	◯	◯	◯

En ocasiones, las personas se enfrentan a problemas para los cuales piensan en buscar ayuda. Esto puede producir reacciones sobre lo que significaría buscar ayuda. Por favor señale el grado con el que cada ítem describe cómo usted podría reaccionar en dicha situación.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me sentiría incompetente si fuera donde un terapeuta para obtener ayuda psicológica	◯	◯	◯	◯	◯
Me haría sentir inferior pedir ayuda a un terapeuta	◯	◯	◯	◯	◯
Si fuera a un terapeuta, me sentiría menos satisfecho conmigo mismo	◯	◯	◯	◯	◯

30%

Progreso

¿Algún médico o profesional de la salud le ha diagnosticado alguna vez un trastorno mental?

Por ejemplo: trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia or cualquier otro trastorno de salud mental.

◯ Si
◯ No

¿Con qué trastorno lo diagnosticaron?

☐ Trastornos de ansiedad
☐ Depresión
☐ Trastorno bipolar
☐ Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
☐ Esquizofrenia
☐ Trastornos de la alimentación
☐ Otros, por ejemplo trastornos de personalidad, trastornos del neurodesarrollo, trastorno por uso de sustancias, etc.

En los últimos 3 meses, buscó atención por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental?

◯ Si
◯ No

En los últimos 3 meses, ¿recibió algún tipo de atención por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental?

◯ Si
◯ No

En los últimos 3 meses, ¿recibió atención o tratamiento por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental por parte de alguno de los siguientes servicios o profesionales?

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- ☐ Hospital, clínica, o servicio de salud, o profesional de salud primaria (médico, enfermera, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje o terapeuta físico)
- ☐ Psicólogo o psiquiatra
- ☐ Droguerîa o farmacia
- ☐ Medicina alternativa (bioenergética, homeopática, acupuntura u otra similar)
- ☐ Medicina tradicional (curandero, sobandero, yerbatero u otro similar)
- ☐ Familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio
- ☐ Iglesia o comunidad religiosa
- ☐ Institución de educación superior a la que pertenece.
- ☐ Apoyo psicosocial gubernamental o de otras organizaciones sociales
- ☐ Otro

40%

Progreso

Lea cuidadosamente cada afirmación y luego seleccione la opción que mejor describa la afirmación que le correspondió DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUIDA HOY.

	En absoluto		Un poco		Mucho		Completamente
Hubo ciertas cosas que tenía que hacer pero que al final no hice.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Estoy contento/a con la cantidad y el tipo de cosas que hice.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Participé en diferentes actividades.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Tomé buenas decisiones sobre el tipo de actividades y situaciones en las que participé.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Fuí una persona activa y cumplí los objetivos que me propuse.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
La mayor parte de lo que hice fue para escapar o evitar algo desagradable.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Pasé mucho tiempo pensando una y otra vez sobre mis problemas.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Hice actividades para distraerme y evitar sentirme mal.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Hice cosas agradables.	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

45%

Progreso

¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

◯ Nunca
◯ Una vez al mes o menos.
◯ 2 a 4 veces al mes.
◯ 2 a 3 veces a la semana.
◯ 4 o más veces a la semana.

Generalmente, diría que su salud es ...

◯ Excelente
◯ Muy buena
◯ Buena
◯ Regular
◯ Mala

50%

Progreso

Las siguientes dos preguntas se refieren al SEMESTRE PASADO (de agosto a diciembre de 2024)

¿Cuál fue su promedio académico del SEMESTRE PASADO?

_____

¿Cuál fue su promedio académico ACUMULADO de la carrera AL FINAL DEL SEMESTRE PASADO?

_____

Las siguientes dos preguntas se refieren al SEMESTRE ACTUAL (de enero a junio de 2025)

¿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?

_____

¿Cuántos cursos o materias tomó en el ÚLTIMO PERIODO ACADÉMICO (de agosto a diciembre de 2024)? _____

Por ejemplo, 1, 2, 3, ...

¿Reprobó algún curso o materia en el ÚLTIMO PERIODO ACADÉMICO (de agosto a diciembre de 2024)?

◯ Si
◯ No

¿Cuántas reprobó? _____

En el ÚLTIMO PERIODO ACADÉMICO (de agosto a diciembre de 2024),

◯ Si
◯ No

¿le pidieron algún plan de mejoramiento?

¿Cuántas horas al día, en promedio, ha dedicado a estudiar en un día típico de la semana en el ÚLTIMO PERIODO ACADÉMICO? _____

Por favor excluya la asistencia a clase, incluyendo sólo el trabajo en casa, en la biblioteca o en grupo de estudio

En el ÚLTIMO PERIODO ACADÉMICO (de agosto a diciembre de 2024), ¿con qué frecuencia ocurrieron las siguientes situaciones?

	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
Falté a las clases durante una semana completa.	◯	◯	◯	◯	◯
Falté a algunas clases.	◯	◯	◯	◯	◯
Llegué tarde a clase.	◯	◯	◯	◯	◯

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?

_____

65%

Progreso

En esta sección le haremos algunas preguntas sobre cómo piensa en su futuro.

¿Cuáles son sus planes para el PRÓXIMO PERIODO ACADÉMICO?

- ◯ Continuar con mis estudios.
- ◯ Interrumpir temporalmente mis estudios.
- ◯ Retirarme de mis estudios.
- ◯ Haberme graduado para entonces.

En una escala de 0 a 100 en la que 0 es "nada seguro" y 100 es "totalmente seguro",

¿cuál cree que es la probabilidad de que seguirá estudiando en el PRÓXIMO PERIODO ACADÉMICO?

0 - nada segura | 50 - indecisio | 100 - totalmente seguro

(Place a mark on the scale above)

En una escala de 0 a 100,

¿qué probabilidad hay de que complete el programa académico en el que está matriculado?

0 - nada seguro | 50 - indeciso | 100 - totalmente seguro

(Place a mark on the scale above)

Si pudiera estudiar tanto como quisiera, ¿Cuál sería el nivel educativo más alto que le gustaría alcanzar?

- ◯ Tecnólogo
- ◯ Técnico
- ◯ Profesional universitario
- ◯ Posgrado: especialización
- ◯ Posgrado: maestría
- ◯ Posgrado: doctorado

En una escala de 0 a 100,

¿Hasta qué punto confía en encontrar algún trabajo EN LOS 6 MESES SIGUIENTES A SU GRADUACIÓN?

0 - nada seguro | 50 - indeciso | 100 - totalmente seguro

(Place a mark on the scale above)

SEIS MESES DESPUÉS DE GRADUARSE, ¿Cuánto cree que podría ganar al mes?

_____

Escriba los dígitos completos sin signos de puntuación.

Ahora piense en el futuro un poco más lejos: LOS PRÓXIMOS 10 AÑOS...

_____

¿Qué trabajo le gustaría estar haciendo (el trabajo de sus sueños) DENTRO DE 10 AÑOS?

En una escala de 0 a 100,

¿Qué grado de confianza tiene en que conseguirá el trabajo de sus sueños DENTRO DE 10 AÑOS?

0 - nada seguro | 50 - indeciso | 100 - totalmente seguro

(Place a mark on the scale above)

75%

Progreso

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

En comparación con los demás, ¿se considera 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

Indique en qué medida cada una de las siguientes afirmaciones refleja su forma de ser habitual.

	Nada	Levemente	Medianamente	Mucho	Muchísimo
Soy bueno resistiéndome a las tentaciones	○	○	○	○	○
Me cuesta cambiar mis malas costumbres	○	○	○	○	○
Soy vago	○	○	○	○	○
Yo digo cosas que no debería decir	○	○	○	○	○
Hago cosas que son divertidas, pero que sé que son malas para mí	○	○	○	○	○
Rechazo aquellas cosas que sé que son malas para mi	○	○	○	○	○
Me gustaría esforzarme más	○	○	○	○	○
Las personas dicen que yo me esfuerzo mucho	○	○	○	○	○
El placer y la diversión a veces me impiden terminar el trabajo	○	○	○	○	○
Me cuesta concentrarme	○	○	○	○	○
Soy capaz de esforzarme para lograr metas a largo plazo	○	○	○	○	○
Hago cosas aunque sepa que están mal	○	○	○	○	○
Hago cosas sin pensar en las consecuencias	○	○	○	○	○

En una escala del 0 al 10, donde 0 significa que "no está dispuesto(a) a tomar riesgos en lo absoluto" y 10 significa que "está muy dispuesto(a) a tomar riesgos", por favor, señale, en general qué tan dispuesto(a) está o no está usted a tomar riesgos?

0 - no está dispuesto(a) a tomar riesgos en lo absoluto — 5 — 10 - está muy dispuesto(a) a tomar riesgos

(Place a mark on the scale above)

	Nada	Levemente	Medianamente	Mucho	Muchísimo
¿Qué tan efectiva piensa usted que es la terapia psicológica para mejorar la salud mental?	○	○	○	○	○
¿Qué tan efectivas piensa usted que son las aplicaciones o plataformas digitales para mejorar la salud mental?	○	○	○	○	○

90%

Progreso

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

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

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

Link follow-up 1

_____

Link follow-up 2

_____

Sample

Link follow-up 3