

Anexo 3. Encuesta

ENCUESTA							
Información General							
N°	Código del participante						
	Encuestador (a)						
	Fecha de la encuesta						
	Ciudad						
Componente sociodemográfico							
1	Zona ubicación de residencia	Urbana ()			Rural ()		
1.1	Municipio de residencia						
2	Estrato socioeconómico	Estrato 1 ()	Estrato 2 ()	Estrato 3 ()	Estrato 4 ()	Estrato 5 ()	Estrato 6 ()
3	Tipo de vivienda	Casa ()	Apartamento ()	Aparta estudio ()	Habitación ()	Otro ¿Cuál? :	
4	Tenencia de la vivienda	Propia ()	Arrendada ()	Familiar ()	Otro ¿Cuál? :		
5	Material predominante en la vivienda	Material ()	Madera ()	Plástico ()	Lámina de Zinc ()	Otro (), ¿Cuál?	
6	¿Cuántas habitaciones tiene su vivienda?						
7	¿Cuáles de los siguientes servicios públicos tiene la vivienda?				Si	No	
		Agua					
		Luz					
		Alcantarillado					
		Gas					
		Internet					
		Televisión					
Teléfono							
8	¿Cuántas personas viven con usted?						
9	¿Ha vivido en más de una vivienda desde 2017?	Si ()			No () (pase a la 11)		

10	¿Cuál es la principal razón por la que salió del último lugar donde vivió?	Motivos laborales ()	Asuntos familiares y/o personales ()	Condiciones de vivienda ()	Mejores servicios educativos ()	Desplazamiento y /o conflicto armado ()	Condiciones Económicas ()	Ninguno ()	
11	¿Cuántos hijos tiene?	Ninguno ()		1 o 2 hijos ()		3 o 4 hijos ()		5 o más	
12	¿Cuántas personas tiene usted a cargo?	Ninguno ()		1 o 2 personas ()		3 o 4 personas ()		5 o más	
13	Lugar de Nacimiento	Municipio							
		Departamento							
		País							
14	Edad	18 - 27 ()	28 - 37 ()	38 - 47 ()	48 - 57 ()		Más de 58 ()		
15	Estado civil	Soltero ()	Casado ()	Unión libre ()	Divorciado ()		Separado ()	Viudo ()	
16	¿Usted sabe leer y escribir?	Sí ()				No ()			
17	Nivel de escolaridad	Primaria ()	Secundaria ()	Técnico ()	Tecnólogo ()		Universitario ()	Sin estudio ()	
18	¿Ha abandonado sus estudios?	Sí ()				No () (pase a la 20)			
19	Indique el motivo principal por el cual abandonó sus estudios	Económico ()	Transporte ()	Desplazamiento ()	Falta de motivación ()		Otro, () ¿Cuál?: Porque estaba detenido		
Componente Socioeconómico									
20	Ocupación	Empleado ()	Independiente () (pase a la 22)	Desempleado () (pase a la 26)	Estudiante () (pase a la 26)		Pensionado () (pase a la 26)		
21	Tipo de vinculación	Término Indefinido ()							
		Termino fijo ()							
		Prestación de servicios ()							
		Libre nombramiento y remoción ()							
		Obra o labor ()							
		Otro, ¿Cuál?:							
22	¿Está afiliado a una Administradora de Riesgos Laborales?	Sí ()				No ()			
23	Antigüedad en el último trabajo	Menos de 1 año ()	1 año ()	2 años ()	3 años ()		4 años o más ()		

24	Generalmente ¿Cuántas horas al día trabaja?	Menos de 8 horas ()			8 horas diarias ()	Mas de 8 horas ()	
25	¿Se siente satisfecho con lo que hace laboralmente?	Si ()			No ()		
26	Promedio de ingresos	Menos de \$877.803 ()	\$ 877.803	Entre \$877.804 y \$1.755.606 ()	Entre \$1.756.000 y \$2.633.404	Más de 2.64.000 ()	Ninguno ()
27	¿En qué invierte la mayor parte de sus ingresos? (Seleccione las tres opciones principales)	Alimentación					
		Salud					
		Vivienda					
		Educación					
		Pagar deudas					
		Vacaciones					
		Otro, ¿Cuál?					
28	¿En los últimos 6 meses ha tenido una crisis financiera o problemas económicos ?	Si (), ¿Por qué?:			No ()		
29	¿Cuál es la persona que da sustento a su grupo familiar?	Usted					
		Padre					
		Madre					
		Esposo (a)					
		Hermanos (a)					
		Hijo (a)					
		Abuelo (a)					
		Tío (a)					
		Todos					
		Otro, ¿Quién?					
30	¿En los últimos 6 meses ha desarrollado un emprendimiento?	Si ()			No ()		

31	¿En los últimos 30 días, usted o su hogar se han visto afectados económicamente por su situación de salud?	Nada ()	Un poco ()	Regular ()	Mucho ()		
Componente de Salud							
32	¿Se encuentra usted afiliado al Sistema general de Salud?	Si ()			No ()		
33	¿Cuál es la vinculación al SGSSS?	Cotizante ()	Beneficiario ()	No sabe ()			
34	¿A qué régimen pertenece?	Subsidiado ()	Contributivo ()	Vinculado ()	Especial ()	Ninguno ()	
35	Actualmente está afiliado a una EPS	Si ()			No ()		
36	¿A cuál EPS pertenece?	SURA ()					
		SAVIA SALUD ()					
		COOMEVA ()					
		MEDIMÁS ()					
		NUEVA EPS ()					
		Ninguna () (pase a la 39)					
		Otro (), ¿Cuál?:					
37	¿Cuál es el grado de satisfacción con la EPS a la que pertenece actualmente?	Altamente satisfecho ()	Satisfecho ()	Medianamente satisfecho ()	Insatisfecho ()	Altamente insatisfecho ()	No aplica ()
38	¿Conoce la diferencia entre EPS e IPS?	Si ()			No ()		

39	¿Sabe cuál es el lugar donde debe consultar en caso de requerirlo?	Si ()			No () (pase a la 42)		
40	¿Cuánto tiempo se demora usted en llegar a la IPS desde el momento que sale de su casa?	Horas: _____			Minutos: _____		
41	¿Cuál es el grado de satisfacción con la IPS a la que asiste habitualmente?	Altamente satisfecho	Satisfecho ()	Medianamente satisfecho ()	Insatisfecho ()		Altamente insatisfecho ()
42	¿Qué tipo de transporte utiliza usualmente para llegar a la IPS?	Bus ()	Metro ()	Taxi ()	Particular ()		Moto () Caminando ()
43	¿Cuál es el principal medio de comunicación por el cual obtiene información de los servicios que ofrece la IPS?	Televisión ()	Radio ()	Prensa ()	Internet ()		Boletines () No aplica ()
44	¿Le han diagnosticado alguna enfermedad?	Si (), ¿Cuál?: _____			No ()		
45	¿Tiene algún medicamento de forma permanente?	Si ()			No ()		
46	¿Quién le proporciona el medicamento?	Usted ()	Familiar ()	EPS ()	JEP ()		Otro, ¿Cuál?: _____
47	¿Conoce usted los programas de prevención y promoción que presta su EPS?	Si ()			No ()		No aplica ()
48	¿Está inscrito a algún programa de prevención y promoción?	Si ()			No ()		
49	¿En cuáles actividades de los programas de promoción y prevención ha participado a través de su EPS?	Vacunación ()					
		Salud Oral ()					
		Hipertensión y Diabetes ()					
		Salud Visual ()					
		Otro, () ¿Cuál?: _____					

50	¿Hace cuánto se encuentra usted inscrito a la JEP?							
51	¿Cuál es el motivo por el cual se realiza exámenes de control?	Quando los envía el médico ()	Por prevención ()	Costumbre ()	No se realiza exámenes ()			
52	¿En los últimos seis meses ha solicitado algún servicio de salud ?	Si (), ¿por qué?:			No ()			
53	¿Tuvo que pagar la prestación del servicio la última vez que consultó?	Si (), ¿Cuánto?:			No ()			
54	¿Hace cuánto visitó al odontólogo?							
55	¿Qué problemas ha encontrado en la prestación de servicios de salud cuando ha solicitado consultas o citas?	La calidad del servicio es ineficiente ()	Demora en los tiempos de atención ()	No hay citas disponibles ()	Se le niega la prestación del servicio ()	Falta de información respecto a requisitos y trámites para acceder al servicio ()	Dificultad para entrega de medicamentos ()	Ninguna ()
56	La solución que le dieron a su problema de salud la última vez que consulto fue:	En forma total () (pase a la 62)			En forma parcial ()	No se le solucionó ()		
57	¿Cuál fue la razón principal por la cual no recibió los servicios de salud después de haberlos solicitado?	No había citas disponibles ()	No había médico especialista ()	No había insumos ()	Otra, ¿Cuál?:			
58	¿En los últimos 30 días, presentó alguna situación que afectará su salud física o mental, que lo llevará a hospitalizarlo?	Si, ¿Cuál?:			No ()			
59	¿Con que frecuencia realiza usted actividad física?	Diario ()	Tres veces por semana ()	Una vez a la semana ()	Cada 2 semanas ()	1 vez al mes ()		
60	¿De los siguientes tipos de hábitos de vida saludable	Dieta equilibrada ()			No ()			
		Ejercicio físico ()						

	indique cuales practica usted?	Higiene personal ()	
		Duerme entre 6 y 8 horas al día ()	
Componente de Morbilidad sentida			
61	Usted consume algún tipo de sustancia psicoactiva licitas o ilícitas	Si ()	No () (Pase a la 74)
62	¿De los siguientes tipos de sustancias psicoactivas indique cuales consume o ha consumido?	Licitas	Ilícitas
		Alcohol () ¿Con que frecuencia? Muy esporádicamente, reuniones sociales y familiares	Marihuana () ¿Con que frecuencia?_____
		Tabaco () ¿Con que frecuencia?_____	Cocaína () ¿Con que frecuencia?_____
			Heroína () ¿Con que frecuencia?_____
			Otros, ¿Cuál? ¿Con que frecuencia?_____
63	¿Cuál es la causa principal que lo llevó a consumir sustancias psicoactivas?	Problemas en el trabajo	
		Problemas en el estudio	
		Problemas familiares	
		Problemas económicos	
		Otro, ¿cuál?:	
64	¿considera usted que el consumo de sustancias psicoactivas ha afectado su estado de salud de manera física o mental ?	Si, () ¿Por qué?	No, () ¿Por qué?:
65	¿Ha experimentado alguna vez el deseo de dejar de consumir sustancias psicoactivas?	Si, () ¿Por qué?	No, () ¿Por qué?
66	¿Lo primero que hace usted en la mañana es consumir algún tipo de sustancia psicoactivas?	Si ()	No ()
67	¿Le han cuestionado por consumir alguna sustancia psicoactiva?	Si, () ¿Por qué?	No, () ¿Por qué?

68	¿Luego de consumir sustancias psicoactivas ha pensado que este es un comportamiento incorrecto?	Si, () ¿Por qué?		No, () ¿Por qué?		
69	¿Cuáles son los motivos por los que usted acude al médico?	Prevención ()				
		Presenta síntomas de enfermedad ()				
		Control ()				
		No consulta ()				
70	Cuándo se ha sentido enfermo ¿esto ha afectado su estado emocional?	Nada ()	Un poco ()	Regular ()	Mucho ()	
71	¿Dedica tiempo para tener un mejor estado de salud?	Si () ¿Con que frecuencia?:		No ()		
72	¿Cuáles son las razones por las cuales cuando usted se siente enfermo no acude al médico?	No era necesario ()				
		No está afiliado a una EPS ()				
		No cuenta con los recursos ()				
		La EPS no lo cubría ()				
		La atención que le brindaron no cumplió con las expectativas ()				
		Otro, ¿Cuál?:				
		No aplica ()				
73	Si usted no asiste al médico, ¿Qué solución busca para tratar su problema de salud?	Remedios caseros ()	Automedicación ()	Nada ()	Otro (), ¿Cuál?:	No aplica ()
74	¿Cómo cree que es su estado de salud en general?	Excelente ()	Muy bueno ()	Bueno ()	Regular ()	Malo ()

75	En los últimos 6 meses ¿se ha sentido incapaz de realizar sus actividades cotidianas o de trabajo debido a su estado de salud? De ser afirmativo indique por cuantos días se ha sentido incapaz.	Si (), ¿Cuánto tiempo?:	No ()
76	¿Alguna vez ha solicitado atención psicológica?	Si ()	No () (Pase a la 79)
77	¿Recibió algún tipo de atención en salud mental (psicólogo o psiquiatra) luego de ser solicitada?	Si () ¿Cuál?:	No () No aplica ()
78	¿Se siente a gusto con su vida?	Si (), ¿Por qué? :	No (), ¿Por qué?:
79	¿De las siguientes áreas de su vida cuáles son las que más disfruta?	Área familiar ()	
		Relaciones de pareja ()	
		Área Social ()	
		Área Laboral ()	
		Ninguna ()	
80	¿Le gusta hacer planes para el futuro ?	Si ()	No ()
81	¿Cuál es el significado que tiene acerca de la salud mental?	Estar siempre feliz ()	
		No tener problemas ()	
		Saber identificar las emociones negativas, y saber qué hacer con ellas ()	
		No consumir sustancias psicoactivas ()	
		Sentirse productivo en su trabajo o estudio ()	
		No tener necesidades ()	
		Tener relaciones sociales funcionales ()	
		Disfrutar de la vida ()	
Otros () :			

82	¿En los últimos 30 días su salud emocional se ha visto afectada?	Si (), ¿Por qué? :	No ()
83	¿Usted se considera una persona feliz?	Si (), ¿Por qué? :	No (), ¿Por qué? :
84	¿En qué invierte la mayor parte de su tiempo?	Familia ()	
		Trabajo ()	
		Recreación ()	
		Otro (), ¿Cuál?:	
85	¿Cuánto tiempo le dedica usted a su familia?	Pocos días a la semana ()	Varios días a la semana () Nunca ()
86	¿Teniendo en cuenta las siguientes categorías, como considera usted que son sus relaciones interpersonales?	Familiares: Positiva (), Negativas (), No aplica ()	
		Laborales: Positiva (), Negativas (), No aplica ()	
		Sociales: Positiva (), Negativas (), No aplica ()	
		Académicas: Positiva (), Negativas (), No aplica ()	
		Relaciones de pareja: Positiva (), Negativas (), No aplica ()	
87	¿Usted alguna vez ha recibido críticas por su labor militar?	Si (), ¿Por qué? :	No () (Pase a la 93)
88	¿ En qué contexto ha recibido algún tipo de crítica por su labor militar?	Familia ()	
		Trabajo ()	
		Amigos ()	
		Relaciones de pareja ()	
		Comunidad ()	
		Otro, ¿Cuál?:	
89	Indique ¿cuáles de los siguientes síntomas ha presentado en los últimos 6 meses?	Dolor de cabeza ()	Perdida de interés en sus actividades cotidianas ()
		Cambios en el apetito ()	Pensamientos de ideación suicida ()
		Alteraciones en el sueño(insomnio o somnolencia) ()	Siente que alguien tiene intenciones de hacerle daño ()
		Nervioso ()	Se siente desvalorizado por los demás ()

		Problemas digestivos ()	Sueños desagradables ()	
		Dificultades para concentrarse ()	Se ha sentido alejado de la realidad ()	
		Tristeza ()	Se siente excluido ()	
		Llanto frecuente ()	Pensamientos relacionados con la muerte()	
		Cansancio ()	Dificultad para recordad aspectos importantes de su labor militar ()	
		Irritabilidad()	Alteraciones físicas cuando tiene recuerdos de su vida militar ()	
		Dificultad para tomar decisiones ()	Tiene pensamientos o recuerdos desagradables de su labor militar ()	
		Ninguna ()		
90	¿Permite que otras personas tomen decisiones importantes sobre usted?	¿Si (), en qué circunstancias?		No ()
91	¿ Cómo se sintió en el desarrollo de la encuesta?	Muy bien ()	Bien ()	Incomodo () Mal ()
92	¿Considera que esta investigación a futuro puede aportarle a tener una mejor calidad de vida?	Si (), ¿Por qué?:		No (), ¿Por qué?:
93	Después de entregar los resultados de la investigación a la corporación ¿Espera que su situación ante el SIVJRN mejor?	Si ()		No ()
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!				