

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
UNIDAD DE POLÍTICA SOCIAL - PROGRAMA UNIVERSIDAD SALUDABLE
CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Este cuestionario pretende obtener la caracterización psicosocial de los estudiantes universitarios con miras a implementar propuestas integrales que respondan a sus necesidades. La información que usted aporte es anónima y será tratada de manera confidencial. Es importante que usted responda sinceramente las preguntas.

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

0.	Facultad: <input style="width: 150px;" type="text"/> Programa: <input style="width: 150px;" type="text"/> Semestre: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Jornada: Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Edad: <input style="width: 20px;" type="text"/> Años Estrato: <input style="width: 20px;" type="text"/> Lugar de Procedencia: Municipio: <input style="width: 150px;" type="text"/> Sector: Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: <input style="width: 150px;" type="text"/>
1.	Estado Civil: Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Unión Libre: <input type="checkbox"/> Separado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Otro: _____
2.	¿Tiene hijos? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Número de hijos: _____ Edades: ____, ____, ____
3.	Personas a cargo: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuántas?: _____
4.	Presenta alguna discapacidad física o mental? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
5.	Usted fue admitido en la universidad como: Estudiante Regular: <input type="checkbox"/> Mejor bachiller de municipio: <input type="checkbox"/> Indígena: <input type="checkbox"/> Desplazado: <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____
6.	¿Debe desplazarse desde sectores distantes u otros municipios para asistir a la universidad?: Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> A diario: <input type="checkbox"/> Semanalmente: <input type="checkbox"/> Quincenalmente: <input type="checkbox"/> Otro, Cuál? _____ Tiempo desplazamiento: <input style="width: 50px;" type="text"/> ¿Desde dónde?: _____

ANTECEDENTES ESCOLARES

7.	Institución educativa de la cual se graduó: <input style="width: 150px;" type="text"/> Año: <input style="width: 20px;" type="text"/>
8.	Ubicación: Urbano: <input type="checkbox"/> Rural: <input type="checkbox"/> Carácter del colegio: Público: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?: _____
9.	Modalidad del colegio: Académico: <input type="checkbox"/> Pedagógico: <input type="checkbox"/> Artístico: <input type="checkbox"/> Técnico Industrial: <input type="checkbox"/> Técnico Agrícola: <input type="checkbox"/> Humanidades y C. Sociales: <input type="checkbox"/> Validación: <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____
10.	¿Ha estudiado en otra universidad o entidad intermedia? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
11.	¿Qué programa Estudió?: _____
12.	¿Ha estudiado otra carrera en la UPTC? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
13.	Seleccione la(s) Razones del cambio de carrera: Económicas: <input type="checkbox"/> Familiares: <input type="checkbox"/> De salud: <input type="checkbox"/> Académicas: <input type="checkbox"/> Opción equivocada: <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál?: _____
14.	Seleccione la(s) razón(es) de la escogencia de la carrera actual: Interés personal: <input type="checkbox"/> Localización geográfica: <input type="checkbox"/> Costo de matrícula: <input type="checkbox"/> Referencia de profesores: <input type="checkbox"/> No ingresó a otra Universidad: <input type="checkbox"/> No ingresó a otro programa: <input type="checkbox"/> Facilidad de ingreso: <input type="checkbox"/> Prestigio de la universidad: <input type="checkbox"/> Referencia de amigos: <input type="checkbox"/> Referencia de egresados: <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____

SITUACION SOCIOECONOMICA

15.	Ingresos familiares mensuales: Menos de un SMLV <input type="checkbox"/> de 1 a 2 SMLV: <input type="checkbox"/> de 3 a 4 SMLV: <input type="checkbox"/> Más de 5 SMLV: <input type="checkbox"/>	21.	Horario de trabajo: Diurno: <input type="checkbox"/> Nocturno: <input type="checkbox"/>
16.	Persona(s) que genera(n) y/o obtienen el ingreso familiar: <input type="checkbox"/> Estudiante: <input type="checkbox"/> Padre: <input type="checkbox"/> Madre: <input type="checkbox"/> Hermano(s): <input type="checkbox"/> Abuelos: <input type="checkbox"/> Otro(s), ¿Cuál(es)?: _____	22.	La(s) persona(s) de su familia en quién(es) más busca apoyo, es (son): _____ _____ Tipo de apoyo que busca: _____ _____
17.	Número de personas que se sostienen con el ingreso familiar: <input style="width: 40px;" type="text"/>	23.	¿Los problemas críticos que afectan a su familia en este momento son: ESPECIFIQUE Económicos: _____ _____ Afectivos: _____ _____ Sociales: _____ _____ Culturales: _____ _____ Otro(s) ¿Cuál(es)? _____ _____
18.	Persona(s) o entidad(es) que costea sus estudios universitarios: Padre: <input type="checkbox"/> Madre: <input type="checkbox"/> Hermano: <input type="checkbox"/> Abuelos: <input type="checkbox"/> Tíos: <input type="checkbox"/> Icetex: <input type="checkbox"/> Auxilio empresarial (si trabaja): <input type="checkbox"/> Entidad financiera: <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____		
19.	¿Trabaja o requiere trabajar fuera de la Universidad, para costear sus estudios? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
20.	En caso de trabajar, qué tiempo dedica al trabajo: Fines de semana: <input type="checkbox"/> Medio tiempo (4 hrs/día): <input type="checkbox"/> Tiempo completo (8 hrs/día): <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (2 hrs/día): <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____		

24. SITUACION FAMILIAR

Regularmente convivo con	Forma de Convivencia		Edad	Ocupación	Entidad donde estudia o trabaja	Nivel Educativo	Calidad de la Relación		
	Ocasional/	Permanente/					Buena	Regular	Mala

25.	Señale la(s) respuesta(s) que más se ajuste(n) a las características de su familia: - Uno de los progenitores permanece alejado por períodos prolongados.de tiempo: <input type="checkbox"/> - Su familia cambia constantemente de domicilio: <input type="checkbox"/> - La figura de padrastro o madrastra es parte de su familia <input type="checkbox"/> - Su familia ha presentado una muerte o una separación y hay problemas para reasignar las tareas del miembro que falta: <input type="checkbox"/> - En su familia hay miembros entre los 10 y los 19 años de edad?: <input type="checkbox"/> - En su familia hay sobreprotección, fusión o unión excesiva entre sus miembros, incapacidad para resolver conflictos y una rigidez extrema <input type="checkbox"/> -Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>	
------------	--	--

HABITOS DE ESTUDIO

26. LUGAR EN QUE ACOSTUMBRA ESTUDIAR	UTILIZA		CONSIDERA ESTE LUGAR COMO:		
	SI	NO	MUY PERTINENTE	PERTINENTE	POCO PERTINENTE
Biblioteca					
Cafeterías					
Salas de estudio					
Jardines					
Habitación					
Aula de clase					
Casa(s) de amigos					
Café-Bar/Internet					
Otro: Cuál?					

27. Cuántas horas diarias dedica al estudio extra clase:

Ninguna:

Menos de 1:

Entre 1 y 2:

Entre 3 y 4:

Más de 4:

28. Considera que su planeación para dar cumplimiento a la elaboración de trabajos, informes y/o preparación de evaluaciones es:

Excelente:

Buena:

Regular:

Deficiente:

¿Por qué?: _____

29. Seleccione la(s) estrategia(s) de estudio que utiliza:

Resúmenes:

Mapas conceptuales:

Grupo de estudio:

Memorización:

Otra, ¿Cuál? _____

32. Aspectos de su vida que más le preocupan en este momento. Califique de 1 a 10; Siendo: 1, no me preocupa en absoluto y 10, me preocupa todo el tiempo:

Autoconcepto:

Aspecto Físico:

Proyecto de Vida:

Identidad:

Personalidad:

Familia:

Separación de los padres:

Ingresos Económicos:

Desempleo:

Relaciones Intrafamiliares:

Amistades:

Aceptación:

Pertenenencia al grupo:

Toma de decisiones:

Pareja:

Elección:

Sostenibilidad:

Violencia/Agresión:

Sexualidad:

Salud:

Mental:

Física:

Sexual y Reproductiva:

Académico:

Rendimiento:

Elección de Carrera:

Dificultades con Docentes:

Dificultades con Compañeros:

Económico:

Pago de la carrera:

Sostenimiento:

Laboral:

Oferta laboral:

Competencias Laborales:

Otro(s), ¿cuál(es)? _____

SALUD Y BIENESTAR

30. Considera que su salud es:

Excelente:

Buena:

Regular:

Mala:

¿Por qué?: _____

31. Por lo general se preocupa más por:

Su presente:

Su pasado:

Su futuro:

33. Señale cuál(es) de los servicios de la UPS, utilizaría en la universidad y la frecuencia de uso

SERVICIO	UTILIZA		FRECUENCIA				
	SI	NO	Solo cuando lo necesito	Semanal-mente	Una vez al mes	Una vez al semestre	Una vez al año
Medicina General							
Odontología							
Psicología							
Prevención y promoción							
Medicina especializada							
Restaurante							
Otro/¿Cuál?:							

ALIMENTACION

34. De los siguientes grupos de alimentos señale si consume o no y la frecuencia con que lo hace

GRUPOS DE ALIMENTOS	CONSUME		FRECUENCIA			
	SI	NO	A diario	2 a 3 veces por semana	Una vez por semana	Rara vez
Leche y productos lácteos						
Carnes y pollo						
Productos de la pesca						
Huevos						
Verduras y frutas						
Alimentos feculentos (pastas, papas, cereales y alimentos azucarados)						
Materias grasas (mantequilla, aceites, tocinos)						
Bebidas gaseosas						

35. ¿Considera que se alimenta apropiadamente?:
 Si: No:

36. En caso negativo, señale el motivo por el cual lo hace:

Falta de dinero:

Falta de tiempo:

Conservar la figura:

Bajar de peso:

Su alimentación no es de su agrado:

Considera, alimentarse bien no es prioridad:

Otra, ¿Cuál?: _____

37. Número de comidas diarias:
 ¿Por qué?: _____

38. ¿Ha presentado problemas de salud relacionados con su alimentación?:
 Si:
 No:
 ¿Cuál(es)?: _____

TIEMPO LIBRE

44. ¿Realiza alguna actividad física y con qué frecuencia?

ACTIVIDAD FISICA	REALIZA		FRECUENCIA			
	SI	NO	A Diario	2 a 3 Veces por semana	Una vez por semana	Rara vez
Caminar						
Trotar						
Gimnasio						
Montar Bicicleta						
Otro, ¿Cuál?						

45. ¿Cuánto tiempo (en horas) dedica diariamente a realizar las siguientes actividades?

ACTIVIDAD	REALIZA		FRECUENCIA		
	SI	NO	Menos de una	De 1-3	Más de 3
Ver TV					
Cine					
Navegar en Internet, chat, facebook					
Video juegos					
Estudio					
Lectura					
Otro, ¿Cuál?					

SUEÑO

39. Número de horas que usted duerme diariamente
 Menos de 6:
 Entre 6 y 10:
 Más de 10:

40. Considera que su calidad de sueño es:
 Buena:
 Regular:
 Deficiente:
 ¿Por qué?: _____

41. Presenta o ha presentado dificultades para dormir?
 Si:
 No:
 ¿Por qué?: _____

42. Los días de la semana en los cuales usted presenta dificultades para dormir son:

43. ¿Ha tomado o toma algún medicamento para dormir mejor?
 Si:
 No:
 ¿Cuál?: _____

46. ¿Practica usted algún deporte?
 Si:
 No:
 ¿Cuál(es)?: _____

47. ¿Pertenece usted a algún grupo deportivo y/o cultural?
 Si:
 No:
 ¿Cuál(es)?: _____

48. Grupos universitarios a los que le gustaría pertenecer:

Deportivo:
 Cultural:
 Artístico:
 Político:
 Estudio:
 De investigación:
 Pastoral universitaria:
 Grupo ecológico:
 No me gustaría:
 Otro, ¿Cuál?: _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

49. SUSTANCIA	¿HA CONSUMIDO?		EDAD DE INICIO	FRECUENCIA				LUGAR(ES) DE CONSUMO				
	SI	NO		A DIARIO	2 A 3 VECES POR SEMANA	UNA VEZ A LA SEMANA	OCASIONAL MENTE	AL INTERIOR DEL COLEGIO	INMEDIACIONES DEL COLEGIO	CASA DE HABITACION	CASA DE AMIGOS	OTRO, CUÁL?
ALCOHOL (CERVEZA, AGUARDIENTE, VINO, OTRO)												
CIGARRILLO												
MARIHUANA												
HEROÍNA, OPIO, MORFINA												
COCA (BAZUCO, COCAINA, BASE LIBRE Y CRACK)												
ALUCINOGENA (EXTASIS – LSD, HONGOS, POLVO DE ANGEL, PEGOTE)												

50. Si ha consumido, alguna de ellas, ¿qué razón (es) motivó (aron) el consumo?

Aceptación de otros:
 Desinhibición:
 Curiosidad:
 Olvidar problemas:
 Aburrimiento:
 Dependencia:
 Otro(s), ¿Cuál(es)?: _____

51. ¿Su familia ha presentado problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o drogas?
 Si:
 No:
 ¿Cuál(es)?: _____

52. ¿Cree que en el contexto universitario se facilita más el consumo de alcohol y/o drogas?
 Si:
 No:
 ¿Por qué?: _____

53. ¿Considera que tiene un buen conocimiento sobre los tipos de drogas?
 Si:
 No:

54. ¿Conoce los efectos físicos y psicológicos que genera el consumo de drogas y alcohol?
 Si:
 No:

55. ¿Dónde ha obtenido la información relacionada con alcohol, cigarrillo y drogas?:

56. ¿Ha tenido algún problema o dificultad por el consumo de alcohol cigarrillo o drogas?:
 Si:
 No:
 ¿Cuál?: _____

57. Si considerara que necesita ayuda para el manejo del consumo de alcohol, cigarrillo u droga, dónde la buscaría?

58. ¿Tiene amigos que consumen bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas en forma exagerada?
 Si:
 No:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

59. Evalúe la calidad de la orientación sexual que ha recibido en los siguientes contextos:

CONTEXTO	RECIBIO		CALIDAD DE LA ORIENTACION			
	SI	NO	Excelente	Buena	Regular	Mala
Familia						
Amigos						
Colegio						
Internet						
Medios de comunicación						
EPS						
Centros amigables						
Otra, ¿Cuál?						

60. Considera que la información que usted tiene sobre su sexualidad es:
 Buena:
 Regular:
 Deficiente:
 No maneja:
 Otro, ¿Cuál? _____

61. ¿Tiene vida sexual activa?
 Si:
 No:
 ¿Por qué?: _____

62. Considera que la relación sexual es algo:
 Placentero:
 Sucio:
 Pecaminoso:
 Un Encuentro amoroso:

63. ¿Ha sido forzado a tener relaciones sexuales?
 Si:
 No:

64. En los últimos doce meses, su novio(a) intencionalmente lo(a) agredió:
 ¿Físicamente? Si: No:
 ¿Psicológicamente? Si: No:

65. ¿Usa o ha usado algún método anticonceptivo?
 Si:
 No:
 ¿Cuál?: _____
 ¿Cómo accedió a éste?: _____

66. ¿Conoce más de 2 métodos anticonceptivos y su forma de uso?
 Si:
 No:
 ¿Cuáles?: _____

67. ¿Ha tenido en los últimos 3 años, alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
 Si:
 No:

68. ¿Cuál(es)? _____

69. ¿En el caso de haberla presentado, de qué forma la ha tratado?

70. ¿Ha tenido usted y/o su compañera aborto(s)?
 Si:
 No:
 ¿Cuántos?: _____

71. ¿Contó con asistencia médica?
 Si:
 No:

72. ¿Qué motivó la decisión del aborto?

MANEJO DE CONFLICTOS

73. Los momentos de crisis más significativos en su vida, han sido cuando:

74. En los últimos doce meses, ¿cuántas veces estuvo involucrado en una pelea?
 Ninguna vez:
 Una vez:
 Dos a tres veces:
 Cuatro a cinco veces:
 Seis a siete veces:
 Ocho a nueve veces:
 Diez a once veces:
 Doce veces o mas:

75. Para enfrentar sus momentos de crisis:
 Consulta a un amigo:
 Consulta a un profesional:
 Pide ayuda a su familia:
 No se preocupa por resolverlo:
 Hace lo primero que se le ocurre:
 Pide a Dios que le ayude:
 Lo enfrenta y trata de resolverlo lo más pronto posible:
 Lo pospone indefinidamente:
 Lo evade:
 Otro, ¿cuál?: _____

76. Para resolver los conflictos usted:
 Dialoga:
 Usa el silencio:
 Reacciona con violencia:
 Evade:
 Busca ayuda:

PROYECTO DE VIDA

77.	Se ha trazado objetivos y metas claras para su vida? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?: _____	81.	Puntúe de 1 a 5, siendo 1 lo menos y 5 lo mas importante; considera que la carrera que cursa le permitirá: Mejorar su economía: <input style="width: 20px;" type="text"/> Mejorar su posición social: <input style="width: 20px;" type="text"/> Reconocimiento profesional: <input style="width: 20px;" type="text"/> Reconocimiento de amigos: <input style="width: 20px;" type="text"/> Ayudar a su familia: <input style="width: 20px;" type="text"/> Servir a su comunidad: <input style="width: 20px;" type="text"/> Desarrollo personal: <input style="width: 20px;" type="text"/> Otro, ¿Cuál?: _____
78.	¿Se siente satisfecho con la carrera elegida? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Por qué?: _____	82.	Puntúe de 1 a 5, siendo 1 lo menos y 5 lo mas relevante. A futuro, usted pretende: Formar una familia: <input style="width: 20px;" type="text"/> Tener éxito profesional: <input style="width: 20px;" type="text"/> Ser independiente económicamente: <input style="width: 20px;" type="text"/> Ser estable afectivamente: <input style="width: 20px;" type="text"/> Conseguir empleo: <input style="width: 20px;" type="text"/> Continuar estudios de postgrado: <input style="width: 20px;" type="text"/> Conocer otros países: <input style="width: 20px;" type="text"/> Hablar otros idiomas: <input style="width: 20px;" type="text"/> Ser reconocido socialmente: <input style="width: 20px;" type="text"/> Ampliar el grupo de amigos: <input style="width: 20px;" type="text"/> Cuidar de su familia: <input style="width: 20px;" type="text"/> Otro, ¿cuál?: _____
79.	¿Tiene proyectos alternativos a la profesión que eligió? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?: _____ _____		
80.	Realizó la elección de la carrera basada en: Referentes de amigos: <input type="checkbox"/> Referentes de familia: <input type="checkbox"/> Orientación en el colegio: <input type="checkbox"/> Búsquedas de información: <input type="checkbox"/> Decisión propia: <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál?: _____		

COMPROMISO CON EL ENTORNO

83. Señale si utiliza o no los siguientes recursos, así como la forma como dispone de ellos:

RECURSO	UTILIZA		DISPOSICIÓN			
	SI	NO	Reutiliza	Recicla	Reduce consumo	Tira a la basura
Papel						
Empaques						
Sobras de alimentos						
Productos y materiales tóxicos (marcadores, tintas, baterías)						
Material del semestre anterior						

84. Señale SI o NO ha presentado los siguientes comportamientos:

SERVICIO	HA PRESENTADO	
	SI	NO
Consume alimentos en recipientes reutilizables para reducir la generación de residuos		
En el restaurante pide almuerzo completo aunque no lo consuma en su totalidad		
Deja el grifo abierto aunque no se use		
Avisa y/o cuida que el inodoro no quede con escape de agua		
Deja encendida las luces de su salón aunque no sea necesario		
Hace y/o genera ruido innecesariamente		
Tira basuras en espacios no señalados para ello		
Contribuye con el cuidado y mantenimiento de los espacios de recreación		
Raya los pupitres y/o las paredes en algunos de los espacios universitarios		

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS:
