

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>EVALUACIÓN DE PROCESOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE VIDA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EDADES ENTRE 6 Y 19 AÑOS EN UNA MUESTRA DE LOS MUNICIPIOS PILOTO, ASÍ COMO EL LEVANTAMIENTO DE UNA LÍNEA BASE, PARA EN POSTERIORES SEGUIMIENTOS, EVALUAR LOS RESULTADOS EN LA POBLACIÓN BENEFICIARIA.</p> <p><b>NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES</b></p> <p><b>MÓDULO 1</b></p> |  |
| <b>CONTROL OPERATIVO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
| <b>NIM</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |

| 1. Fecha de visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2. Resultado de la visita                                                                  | 3. Motivo de la no encuesta                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Día      Mes      Año</b><br>1. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span><br>2. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span><br>3. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> | Completa      1 <input type="checkbox"/><br><br>Incompleta      2 <input type="checkbox"/> | Ausente temporal      3 <input type="checkbox"/><br><br>Ausente momentáneo      4 <input type="checkbox"/><br><br>Rechazo      5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |
| <b>5. Tipo de supervisión</b><br>Acompañamiento      1 <input type="checkbox"/><br>Verificación personal      2 <input type="checkbox"/><br>Verificación telefónica      3 <input type="checkbox"/><br>Revisión de formulario      4 <input type="checkbox"/><br>Ninguna      5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                            | 6. Identificación del encuestador/a: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span><br><br>7. Identificación del supervisor/a: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> |

| A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN |                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|----------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 101.                       | ¿Cuál es su sexo biológico de nacimiento?            | Mujer      1 <input type="checkbox"/><br>Hombre      2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 102.                       | ¿Cuál es su fecha de nacimiento?                     | Día      Mes      Año<br><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> |  |
| 103.                       | ¿Cuál es su edad (en años cumplidos)?                | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 104.                       | ¿Nació en el Municipio en el que actualmente reside? | Sí      1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> → 107                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 105.                       | ¿Ha vivido siempre en el municipio donde nació?      | Sí      1 <input type="checkbox"/> → Capítulo C      No      2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 106.                       | ¿En qué municipio y departamento nació?              | a. Municipio <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span><br>b. Departamento <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span>                                                                                                       |  |

| B. MIGRACIÓN                                                                   |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 107.                                                                           | ¿Alguna vez usted o su hogar han cambiado de municipio de residencia?            | Sí      1 <input type="checkbox"/><br>No      2 <input type="checkbox"/> → Capítulo C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 108.                                                                           | ¿Cuántas veces?                                                                  | <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ahora vamos a realizar unas preguntas acerca de su último cambio de municipio. |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 109.                                                                           | a. En que zona vivía antes de trasladarse de municipio:<br>1. Urbana<br>2. Rural | b. Fecha de llegada al municipio actual<br><br>Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span><br>Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span><br>NS/NR      1 <input type="checkbox"/> | c. A que zona llegó:<br>1. Urbana<br>2. Rural | d. ¿Cuál fue la principal razón de traslado?<br>1. Violencia o Conflicto Armado<br>2. Pobreza Extrema<br>3. Trabajo del papá y/o la mamá<br>4. Trabajo propio o de la Pareja<br>5. Cambio de grupo familiar<br>6. Estudio de los hijos e hijas del hogar<br>7. Estudio propio o de la pareja<br>8. Usted o su pareja quedó en embarazo<br>9. Algún miembro de su hogar quedó en embarazo o embarazó a alguien<br>10. Otra, ¿Cuál? |
|                                                                                | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/>                         | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                 |

| C. ESTRUCTURA DEL HOGAR                                                                                                                           |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 110.                                                                                                                                              | En la actualidad, ¿vive con su papá, mamá o cuidadores?                                                                                            | Si <input type="checkbox"/> <b>➔113</b><br>No <input type="checkbox"/><br>No reconoce a ninguna persona como papá, mamá o cuidador(a) <input type="checkbox"/> <b>➔Capítulo D</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por su mamá (o la persona que ha cumplido con esta función la mayor parte de su vida)?               |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sabe <input type="checkbox"/> <b>↓</b> No sabe <input type="checkbox"/> <b>➔112</b> No lo conoció <input type="checkbox"/> <b>➔112</b>            |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 111.                                                                                                                                              | 1. Máximo nivel educativo                                                                                                                          | 2. ¿Cuál es la cantidad de años que ha aprobado en ese nivel?                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Ninguno                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> <b>➔112</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Preescolar                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Primaria                                                                                                                                           | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Secundaria y media                                                                                                                                 | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Técnica o tecnológica                                                                                                                              | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Universitaria                                                                                                                                      | 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Posgrado                                                                                                                                          | 7 <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por su papá (o la persona que ha cumplido con esta función la mayor parte de su vida)?               |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sabe <input type="checkbox"/> <b>↓</b> No sabe <input type="checkbox"/> <b>➔113</b> No lo conoció <input type="checkbox"/> <b>➔113</b>            |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 112.                                                                                                                                              | 1. Máximo nivel educativo                                                                                                                          | 2. ¿Cuál es la cantidad de años que ha aprobado en ese nivel?                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Ninguno                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> <b>➔113</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Preescolar                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Primaria                                                                                                                                           | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Secundaria y media                                                                                                                                 | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Técnica o tecnológica                                                                                                                              | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | Universitaria                                                                                                                                      | 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Posgrado                                                                                                                                          | 7 <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 113.                                                                                                                                              | ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos ha tenido su mamá, o la persona que ha cumplido esta función la mayor parte de su vida?                       | <input type="text"/> hijos/hijas<br>No sé <input type="checkbox"/> No lo conoció <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 114.                                                                                                                                              | ¿De los hijos nacidos vivos, cuántos fueron con una pareja diferente a su papá?                                                                    | <input type="text"/> hijos/hijas<br>No sé <input type="checkbox"/> No lo conoció <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 115.                                                                                                                                              | ¿Qué edad tenía su mamá cuando tuvo su primer hijo/hija?                                                                                           | <input type="text"/> años      No sé <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 116.                                                                                                                                              | ¿Cuántos hijos e hijas nacidos/as vivos/as ha tenido su Papá, o la persona que ha cumplido esta función la mayor parte de su vida?                 | <input type="text"/> hijos/hijas<br>No sé <input type="checkbox"/> No lo conoció <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 117.                                                                                                                                              | ¿De los hijos/as nacidos/as vivos/as, cuántos fueron con una pareja diferente a su mamá?                                                           | <input type="text"/> hijos/hijas<br>No sé <input type="checkbox"/> No lo conoció <input type="checkbox"/>                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 118.                                                                                                                                              | ¿Qué edad tenía su papá cuando tuvo su primer hijo/hija?                                                                                           | <input type="text"/> años      No sé <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 119.                                                                                                                                              | ¿Recuerda usted cuántas mujeres parientes cercanas a usted (madre, hermanas, tías o primas) tuvieron hijos y/o hijas antes de cumplir los 20 años? | <input type="text"/> mujeres      No sé <input type="checkbox"/>                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 120.                                                                                                                                              | ¿Alguna vez usted dejó de vivir con su papá, mamá o núcleo familiar más cercano?                                                                   | Si <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> <b>➔Capítulo D</b>                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 121.                                                                                                                                              | ¿Cuántas veces?                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ahora vamos a realizar unas preguntas acerca de la primera vez y la última vez que dejó de vivir con su papá, mamá o núcleo familiar más cercano. |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
| 122.                                                                                                                                              | a. Cambios                                                                                                                                         | b. ¿Qué edad tenía?                                                                                                                                                               | c. ¿Cuál fue la principal razón del cambio de la estructura de su hogar?<br><br>1. Separación de los padres<br>2. Muerte de alguno de los padres<br>3. La madre se volvió a casar<br>4. El padre se volvió a casar<br>5. Violencia o Conflicto Armado<br>6. Violencia o conflictos en el hogar<br>7. Situación de pobreza o dificultades económicas<br>8. Estudios<br>9. Trabajo<br>10. Consideraba que ya tenía edad suficiente para vivir solo/sola<br>11. Se fue a vivir con su Pareja porque estaba embarazada<br>12. Se fue a vivir con su Pareja aunque no estaba embarazada<br>13. Servicio Militar o Civil<br>14. Otro, ¿Cuál? |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                   | d. ¿Con quién empezó a vivir?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                   | 1. La Primera vez                                                                                                                                  | <input type="text"/> años                                                                                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/><br>11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> <b>↓</b>                                                                                                                                                                                                                          | 1. Con mi Padre sólo(a)<br>2. Con mi madre sólo(a)<br>3. Con familiares distintos al papa y/o la mamá<br>4. Con Amigos/as<br>5. Con compañeros/as de trabajo o estudios<br>6. Con mi pareja<br>7. Vivió Sólo/sola<br>8. Otra, ¿Cuál? |
|                                                                                                                                                   | 2. La Última vez                                                                                                                                   | <input type="text"/> años                                                                                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/><br>11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> <b>↓</b>                                                                                                                                                                                                                          | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> <b>↓</b>  |
|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> NA                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |

| D. EDUCACION                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 123.                                                                                          | ¿Alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad u otra institución educativa?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si<br>No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/> → 125<br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 124.                                                                                          | ¿Por qué razón no asistió?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1. No había centros educativos (colegios, escuelas, universidades, institutos de educación superior)<br>2. No le gustaba estudiar<br>3. Su familia no (puede) podía pagar los estudios<br>4. Tenía que trabajar<br>5. Se casó o se fue a vivir en pareja (unión libre)<br>6. Embarazó a alguien o quedó en embarazo<br>7. Otra, ¿Cuál? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/><br>7 <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |
| 125.                                                                                          | ¿Está estudiando o matriculado/a actualmente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si<br>No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/> → 128<br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 126.                                                                                          | ¿Por qué razón no esta estudiando?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1. No había centros educativos (colegios, escuelas, universidades, institutos de educación superior)<br>2. No le gustaba estudiar<br>3. Le iba (va) mal en los estudios<br>4. Su familia no (puede) podía pagar los estudios<br>5. Tenía que trabajar<br>6. Se casó o se fue a vivir en pareja (unión libre)<br>7. Embarazó a alguien o quedó en embarazo<br>8. Se graduó de Bachiller, técnico(a) o tecnólogo(a) y no necesitaba estudiar más<br>9. Su familia decidió que no necesitaba estudiar más<br>10. Lo(a) expulsaron<br>11. Otra, ¿Cuál? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/><br>5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/><br>7 <input type="checkbox"/><br>8 <input type="checkbox"/><br>9 <input type="checkbox"/><br>10 <input type="checkbox"/><br>11 <input type="checkbox"/> |
| 127.                                                                                          | ¿Desde hace cuánto tiempo no está estudiando o no está matriculado(a)?<br>🗨Entrevistador(a): si registra más de 5 años pase al capítulo E.                                                                                                                                                                                                                                 | _ _  Meses     _ _  Años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 128.                                                                                          | La institución o centro educativo donde usted estudia (o el último en donde estudió) es:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Público<br>Privado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Cuál es el máximo nivel alcanzado y cuál fue el último año aprobado en este nivel por usted? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 1. Máximo nivel educativo                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2. ¿Cuál es la cantidad de años que ha aprobado en ese nivel?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 129.                                                                                          | Preescolar                      2 <input type="checkbox"/><br>Primaria                        3 <input type="checkbox"/><br>Secundaria y media            4 <input type="checkbox"/><br>Técnica o tecnológica        5 <input type="checkbox"/><br>Universitaria                  6 <input type="checkbox"/><br>Posgrado                        7 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/><br>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/><br>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/><br>0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 130.                                                                                          | ¿Desde que tenía 10 años de edad usted ha interrumpido sus estudios por más de 6 meses?                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Si<br>No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/> → Capítulo E                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 131.                                                                                          | ¿Cuántas veces ha interrumpido sus estudios por más de 6 meses?<br>🗨Entrevistador(a): Si, la persona ha interrumpido sus estudios más de dos veces registre la primera y última vez.                                                                                                                                                                                       | _ _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                              |                                                |                             |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ahora vamos a realizar unas preguntas acerca de la primera vez y la última vez que interrumpió sus estudios. |                                                |                             |                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |
| 132.                                                                                                         | a. Interrupciones                              | b. ¿Qué edad tenía?         | c. Cuántos meses duró la interrupción | d. ¿Cuál fue la principal razón por la que abandonó los estudios?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | e. ¿Qué nivel y grado cursaba en ese momento?                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                              |                                                |                             |                                       | 1. No había centros educativos (colegios, escuelas, universidades, institutos de educación superior)<br>2. No le gustaba estudiar<br>3. Le iba (va) mal en los estudios<br>4. Su familia no (puede) podía pagar los estudios<br>5. Tenía que trabajar<br>6. Se casó o se fue a vivir en pareja (unión libre)<br>7. Embarazó a alguien o quedó en embarazo<br>8. Se graduó de Bachiller, técnico(a) o tecnólogo(a) y no necesitaba estudiar más<br>9. Su familia decidió que no necesitaba estudiar más<br>10. Lo(a) expulsaron<br>11. Otra, ¿Cuál? | 1. Máximo nivel educativo                                                                                                                                            | 2. ¿Cuál era el grado que cursaba en ese momento?                                                                                                                                               |
|                                                                                                              | 1. La primera vez que interrumpió sus estudios | <input type="text"/> años   | <input type="text"/> meses            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/><br>11 <input type="checkbox"/> → _____                                                                                                                                                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                              | 2. La última vez que interrumpió sus estudios  | <input type="text"/> años   | <input type="text"/> meses            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br>6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/><br>11 <input type="checkbox"/> → _____                                                                                                                                                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                              |                                                | <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> NA           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>E. INGRESOS AUTONOMOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                |
| 133.                         | ¿Desde que tenía 12 años de edad, ha tenido alguna actividad por más de seis (6) meses consecutivos por la cual le hayan pagado, (una persona distinta a su papá, mamá o cuidadores)?<br>👉Entrevistador(a): (si el/la encuestado(a) tiene 12 años o menos, pregunte por los 2 últimos años) | Si <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> → <b>Capítulo F</b> |
| 134.                         | ¿Cuántas veces?                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                                           |
| 135.                         | A qué edad fue su primer trabajo                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/> años                                                      |

|                                                           |                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                       |                                                                                                     |                                                         |                                                                               |                                                         |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
| <b>F. PARTICIPACION COMUNITARIA, CULTURAL Y DEPORTIVA</b> |                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                       |                                                                                                     |                                                         |                                                                               |                                                         |                                                         |  |
| 136.                                                      | En los últimos 5 años ¿ha participado en actividades juveniles, comunitarias, políticas, religiosas, deportivas o sociales activamente? | Si <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/>                               | 1 <input type="checkbox"/><br>2 <input type="checkbox"/> → <b>138</b> |                                                                                                     |                                                         |                                                                               |                                                         |                                                         |  |
| 137.                                                      | ¿En cuántas institución(es) u organización(es), ha participado o participa?                                                             | <input type="text"/>                                                                     |                                                                       |                                                                                                     |                                                         |                                                                               |                                                         |                                                         |  |
| 137.<br>b                                                 | a. ¿La(s) institución(es) u organización(es), en las que ha participado o participa es(son)?:                                           | b. ¿En la institución u organización que me acaba de señalar, en alguna oportunidad Ud.? |                                                                       |                                                                                                     |                                                         |                                                                               |                                                         |                                                         |  |
|                                                           |                                                                                                                                         | 1. Participó diseñando actividades, haciendo planes o sugerencias.                       |                                                                       | 2. Ejecutando acciones, implementando los planes, o participando en los eventos que se organizaban. |                                                         | 3. Participó en las rendiciones de cuentas o evaluaciones de la organización. |                                                         |                                                         |  |
|                                                           | 1. Grupo Juvenil                                                                                                                        | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 2. Partido político                                                                                                                     | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 3. Asociación vecinal o comunitaria                                                                                                     | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 4. Club deportivo                                                                                                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 5. Asociación Civil u ONG                                                                                                               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 6. Organización religiosa                                                                                                               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
|                                                           | 7. Grupo cultural                                                                                                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| 8. Otro, ¿Cuál?                                           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                 | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                  | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>               | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                                         |  |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                  |                                     |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 138.              | En la semana pasada contada de lunes a domingo ¿cuál fue su actividad principal y cuál fue la segunda actividad a la que dedicó más tiempo?<br>🗣️Entrevistador(a): Marque solo una actividad para cada una de las priorizaciones, no puede registrar la misma. |                                                                                                                                                  |                                     |
|                   | a. Actividad                                                                                                                                                                                                                                                   | b. Principal                                                                                                                                     | c. Secundaria                       |
|                   | 1. Trabajar                                                                                                                                                                                                                                                    | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 1 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 2. No trabajó pero tenía trabajo (vacaciones o con incapacidad)                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 2 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 3. Buscar trabajo                                                                                                                                                                                                                                              | 3 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 3 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 4. Estudiar o hacer tareas                                                                                                                                                                                                                                     | 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 4 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 5. Oficios del hogar                                                                                                                                                                                                                                           | 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 5 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 6. Cuidar a sus hijos/hijas menores de edad                                                                                                                                                                                                                    | 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 6 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 7. Cuidar a otros niños, niñas del hogar                                                                                                                                                                                                                       | 7 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 7 <input type="checkbox"/>          |
|                   | 8. Estar de vacaciones escolares                                                                                                                                                                                                                               | 8 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       | 8 <input type="checkbox"/>          |
| 9. Otra actividad | 9 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     | 9 <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
| 139.              | En la Semana pasada contada de lunes a domingo, ¿cómo utilizó principalmente <u>su tiempo libre</u> ?<br><b>MARQUE DOS RESPUESTAS</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                  |                                     |
|                   | a. Ver televisión, navegar en internet, jugar videojuegos                                                                                                                                                                                                      | a <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | b. Jugar                                                                                                                                                                                                                                                       | b <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | c. Estar con un grupo de amigos(as)                                                                                                                                                                                                                            | c <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | d. Hacer deporte                                                                                                                                                                                                                                               | d <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | e. Pasar tiempo junto a la pareja, novio(a), etc.                                                                                                                                                                                                              | e <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | f. Haciendo nada                                                                                                                                                                                                                                               | f <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
|                   | g. Otras actividades                                                                                                                                                                                                                                           | g <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |                                     |
| 140.              | ¿Ha consumido alcohol alguna vez hasta llegar a emborracharse?                                                                                                                                                                                                 | Si 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | No 2 <input type="checkbox"/> → 142 |
| 141.              | ¿Ha consumido alcohol hasta llegar a emborracharse en los últimos 30 días?                                                                                                                                                                                     | 1. Todos los días                                                                                                                                | 1 <input type="checkbox"/>          |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                | 2. Una vez                                                                                                                                       | 2 <input type="checkbox"/>          |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                | 3. Dos veces                                                                                                                                     | 3 <input type="checkbox"/>          |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                | 4. Más de cinco veces                                                                                                                            | 4 <input type="checkbox"/>          |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                | 5. No consumió                                                                                                                                   | 5 <input type="checkbox"/>          |
| 142.              | En caso de haber tomado alcohol en alguna ocasión, ¿a qué edad lo probó por primera vez?                                                                                                                                                                       | <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> años<br/> Nunca he probado Alcohol 1 <input type="checkbox"/> </div> |                                     |
| 143.              | ¿Alguna vez ha tenido problemas con alguna autoridad (profesores, policía, etc.)?                                                                                                                                                                              | Si 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | No 2 <input type="checkbox"/> → 146 |
| 144.              | En los últimos seis meses, ¿cuántas veces tuvo problemas con alguna autoridad?                                                                                                                                                                                 | <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>                                                               |                                     |
| 145.              | ¿Alguna vez ha estado en un centro de retención por problemas con la ley?                                                                                                                                                                                      | Si 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                    | No 2 <input type="checkbox"/>       |

| G. RESPONSABILIDAD Y SUPERVISIÓN PARENTAL                                                          |                                                                                                                      |  |  |                                                                                                                                                                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 146. Con qué frecuencia su papá, mamá o acudiente (adulto que responde o respondía por Ud.) _____: | a. Cuando tenía 14 años o menos.<br><i>(Si ella encuestado(a) tiene 14 o menos responda únicamente éste columna)</i> |  |  | b. Desde los 15 hasta los 17 años.<br><i>(Si ella encuestado(a) tiene 17 años o menos responda las columnas a y b únicamente)</i>                                 | c. De 18 años o más |
|                                                                                                    | 1. Siempre<br>2. Casi siempre<br>3. Algunas veces<br>4. Casi nunca<br>5. Nunca<br>6. NA                              |  |  | 1. Siempre<br>2. Casi siempre<br>3. Algunas veces<br>4. Casi nunca<br>5. Nunca<br>6. NA                                                                           |                     |
|                                                                                                    | 1. Sabe y/o sabía en dónde está (estaba) cuando sale (salía) de la casa                                              |  |  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |                     |
|                                                                                                    | 2. Sabe y/o sabía con qué amigos(as) sale (salía)                                                                    |  |  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |                     |
|                                                                                                    | 3. Le ponen y/o ponía horario de salida y entrada cuando sale (salía) con sus amigos(as)                             |  |  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |                     |

|                                                     |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Sabe y/o sabía cómo le va (le iba) en el colegio | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| H. CONVIVENCIA EN EL HOGAR |                                                                                                                                                                    |                                                         |                                                                                                                                           |                               |                            |                            |                            |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 147.                       | a. ¿Ha visto (o vió) alguna vez a su papa, mamá o a los adultos cuidadores que viven (vivían) con usted en alguna de las siguientes situaciones?:                  |                                                         | b. ¿Con qué frecuencia Se presentan estas situaciones?                                                                                    |                               |                            |                            |                            |
|                            | 1. Si<br>2. No                                                                                                                                                     |                                                         | 1. Menos de dos veces en toda su vida<br>2. Poco (Una o dos veces al año)<br>3. Cada tres o cuatro meses<br>4. Cada mes<br>5. Cada Semana |                               |                            |                            |                            |
|                            | 1. Insultarse, maldecirse o amenazarse entre ellos                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>    |                               |                            |                            |                            |
|                            | 2. Golpearse o herirse entre ellos                                                                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>    |                               |                            |                            |                            |
| 148.                       | 3. Controlar gastos, tiempos y relaciones entre ellos (con quién hablar)                                                                                           |                                                         | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>    |                               |                            |                            |                            |
|                            | ¿En su hogar son (eran) habituales los castigos a los niños, niñas y jóvenes?                                                                                      |                                                         | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 152                                                                         |                               |                            |                            |                            |
| 149.                       | En el último año, ¿fue castigado/a en el hogar?                                                                                                                    |                                                         | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NA 3 <input type="checkbox"/> → 152                                           |                               |                            |                            |                            |
| 150.                       | ¿De qué manera lo/a castigan/castigaban en su hogar?                                                                                                               |                                                         | a. Con palmadas, empujones o sacudidas.                                                                                                   |                               | a <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | b. Con patadas o golpes con objetos duros                                                                                                 |                               | b <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | c. Reprimenda verbal                                                                                                                      |                               | c <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | d. Privación de alimentos, amenaza de abandonarle o enviarle fuera del hogar.                                                             |                               | d <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | e. Prohibición de diversión (Tv, juegos, salidas)                                                                                         |                               | e <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | f. Quitándole apoyo económico                                                                                                             |                               | f <input type="checkbox"/> |                            |                            |
| 151.                       | ¿Con qué frecuencia ha sido (fue) víctima de golpes o malos tratos en su hogar?                                                                                    |                                                         | 1. Casi nunca                                                                                                                             |                               | 1 <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 2. Poco (Una o dos veces al año)                                                                                                          |                               | 2 <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 3. Cada tres o cuatro meses                                                                                                               |                               | 3 <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 4. Cada mes                                                                                                                               |                               | 4 <input type="checkbox"/> |                            |                            |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 5. Cada semana                                                                                                                            |                               | 5 <input type="checkbox"/> |                            |                            |
| 152.                       | ¿Alguna vez en su vida ha recibido golpes o abusos verbales de parte de una pareja?                                                                                |                                                         | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 155<br>No ha tenido pareja 3 <input type="checkbox"/> → 201                 |                               |                            |                            |                            |
| 153.                       | ¿Con qué frecuencia ha sido/fue golpeado(a), abofeteado(a), pateado(a) o herido(a) físicamente, por su pareja actual, o en caso de no tener, por su última pareja? |                                                         | Nunca                                                                                                                                     | Poco (Una o dos veces al año) | Cada 3 o cuatro meses      | Cada mes                   | Cada semana                |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>    | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 154.                       | ¿Con qué frecuencia ha sido/fue insultado(a), amenazado(a) o humillado(a), por su pareja actual, o en caso de no tener, por su última pareja?                      |                                                         | Nunca                                                                                                                                     | Poco (Una o dos veces al año) | Cada 3 o cuatro meses      | Cada mes                   | Cada semana                |
|                            |                                                                                                                                                                    |                                                         | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>    | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 155.                       | ¿Usted sabe, si su pareja actual (o la última que tuvo) recibió maltratos físicos o abusos en su infancia?                                                         |                                                         | Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 3 <input type="checkbox"/>                                              |                               |                            |                            |                            |

# MODULO 2 PARES Y NORMA SOCIAL PERCIBIDA

Entrevistador(a), lea al entrevistado: En esta sección queremos preguntarle por sus amistades

|                                                                                            |    |                                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 201. Tomando como referencia el último año, diría que la mayoría de sus amigos/amigas son: | 1. | Mayores que Usted                                                            | 1 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 2. | De su misma edad                                                             | 2 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 3. | Menores que Usted                                                            | 3 <input type="checkbox"/> |
| 202. Tomando como referencia el último año, diría que la mayoría de sus amigos/amigas son: | 1. | Mujeres                                                                      | 1 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 2. | Hombres                                                                      | 2 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 3. | Mujeres y hombres por igual                                                  | 3 <input type="checkbox"/> |
| 203. La mayoría de sus amigos/amigas son:                                                  | 1. | Del colegio o centro educativo                                               | 1 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 2. | Del barrio o vereda                                                          | 2 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 3. | Familiares                                                                   | 3 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 4. | De la iglesia o Parroquia                                                    | 4 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 5. | De alguna asociación comunal, club deportivo, asociación juvenil o similares | 5 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 6. | De redes virtuales (Facebook, Twitter, Instagram, Pinterest, etc.)           | 6 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                            | 7. | Otro ¿Cuál? _____                                                            | 7 <input type="checkbox"/> |

| Año     | 204. ¿Durante el año _____ sintió presión por parte de sus amistades para iniciar relaciones sexuales?                                 | 205. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿Qué cantidad cree que ya habían comenzado a tener relaciones sexuales? (Si contesta Cero, pase a la 209) | 206. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, que ya habían comenzado a tener relaciones sexuales, ¿Qué cantidad cree que estuvieron en embarazo (hombres y mujeres) por lo menos una vez, aunque no hayan terminado el embarazo? | 207. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, que ya han comenzado a tener relaciones sexuales, ¿Qué cantidad cree que usa condón SIEMPRE que tienen relaciones sexuales? | 208. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, que ya habían comenzado a tener relaciones sexuales, ¿Qué cantidad cree que tuvieron alguna ITS (hombres y mujeres)? |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 1. Ninguna<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad                                    | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                           | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                                                                                                     | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                                             | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                                      |
| 1. 2014 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → 209 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                                                                                                  | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                                          | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                                   |

| Año     | 209. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿Qué cantidad cree que estuvieron viendo pornografía (por internet, en revistas, etc.)? | 210. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿Qué cantidad cree que recibió golpes o malos tratos (agresión verbal) de su pareja...? | 211. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿Qué cantidad cree que han consumido drogas o sustancias psicoactivas?                | 212. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿Qué cantidad cree que su respectiva pareja romántica (novio/a; amigo/a; esposa/o, etc.) le revisó sus cosas personales (celular, correos de email, correos de voz, chat, etc.)? | 213. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿qué cantidad cree que se ha emborrachado?                                            | 214. Durante el año _____, de sus amistades, de aproximadamente su misma edad, ¿qué cantidad cree que tiene buenas relaciones con sus papás y mamás (habla con ellos, le presenta los amigos/amigas/as, les cuenta a dónde va)? |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                         | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                         | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                       | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                                                                                                  | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                       | 1. Cero<br>2. Menos de la mitad<br>3. Cerca de la mitad<br>4. Más de la mitad<br>5. La totalidad<br>6. No sabe                                                                                                                  |
| 1. 2014 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/><br>4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>                                                            |

### MÓDULO 3: CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y ACTITUDES

🗣️Encuestador(a), Las siguientes preguntas son sólo para niños y niñas menores de 14 años.

En este módulo nos interesa conocer lo que sabe, piensa y siente con respecto a diferentes temas que tienen que ver con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos sexuales y reproductivos.

Ahora le voy a leer una serie de afirmaciones que usted va a responder diciendo si o no, de acuerdo con esta tabla que le voy a mostrar. Si está totalmente de acuerdo me dice si escribo la respuesta con el SI en mayúsculas, o si está más o menos de acuerdo, si escribo la respuesta con el 'si' en minúsculas. Si no está de acuerdo, me dice si quiere que escriba no, con mayúsculas o con minúsculas.

| 301. Ahora queremos saber si ha oído hablar sobre los siguientes temas:<br>1. Si<br>2. No↓<br>3. No sabe↓ | 302. Para cada frase indica si esta es falsa o verdadera.<br>1. Falso<br>2. verdadero<br>3. No sabe↓ | 303. Ahora queremos saber qué tan de acuerdo esta con las siguientes afirmaciones:                                                  | 1. ¡SI! | 2. si | 3. no | 4. ¡NO! |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|-------|---------|
| a. ¿La menstruación? 3□↓ 2□↓ 1□                                                                           | a. La menstruación es una enfermedad 3□↓ 2□ 1□                                                       | a. Durante la menstruación la mujer no se debe bañar ni hacer deportes                                                              | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
| b. ¿Cómo una mujer queda en embarazo? 3□↓ 2□↓ 1□                                                          | b. A través de un beso la mujer puede quedar embarazada 3□↓ 2□ 1□                                    | b. Los métodos anticonceptivos los deben usar únicamente las personas que están casadas                                             | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
| c. Los derechos sexuales y reproductivos 3□↓ 2□↓ 1□                                                       | c. Los niños y niñas tienen derechos sexuales y reproductivos 3□↓ 2□ 1□                              | c. Hablar de sexualidad o de métodos anticonceptivos con personas jóvenes las anima o motiva a tener relaciones sexuales.           | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
| d. Cambios en el cuerpo y partes del cuerpo 3□↓ 2□↓ 1□                                                    | d. El cambio de voz en los niños es una característica sexual secundaria 3□↓ 2□ 1□                   | d. Pene y vagina son palabras vulgares (groserías)                                                                                  | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
| e. Autocuidado 3□↓ 2□↓ 1□                                                                                 | e. Las niñas y mujeres deben palparse sus senos para identificar cualquier problema 3□↓ 2□ 1□        | e. Conocer el propio cuerpo es bueno para la salud                                                                                  | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
|                                                                                                           | f. Los niños y hombres deben palparse sus testículos para identificar cualquier problema 3□↓ 2□ 1□   | f. Solo las personas adultas deben recibir información sobre salud sexual, sexualidad y derechos humanos, sexuales y reproductivos. | 1□      | 2□    | 3□    | 4□      |
| f. ¿Sabe que es un condón? 3□↓ 2□↓ 1□                                                                     | <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                    |                                                                                                                                     |         |       |       |         |
| g. ¿Sabe cuáles son los métodos anticonceptivos 3□↓ 2□↓ 1□                                                | <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                    |                                                                                                                                     |         |       |       |         |



| Entrevistador(a), el NNA que esta encuestando es de 14 años y más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                              |                              | Si                                                                                        | 1 <input type="checkbox"/> | No                                                                                                                                                                                                          | 2 <input type="checkbox"/> → IV |                            |                            |    |                                                                                                                        |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Entrevistador(a), Las siguientes preguntas son sólo para NNA de 14 años en adelante, y nos interesa conocer lo que sabe, piensa y siente con respecto a diferentes temas que tienen que ver con la sexualidad, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos sexuales y reproductivos. Ahora le voy a leer una serie de afirmaciones que usted va a responder diciendo si o no, de acuerdo con esta tabla que le voy a mostrar. Si está totalmente de acuerdo me dice si escribo la respuesta con el SI en mayúsculas, o si está más o menos de acuerdo, si escribo la respuesta con el 'si' en minúsculas. Si no está de acuerdo, me dice si quiere que escriba no, con mayúsculas o con minúsculas.</b> |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           |                            |                                                                                                                                                                                                             |                                 |                            |                            |    |                                                                                                                        |                            |                            |                            |                            |
| <b>304.</b> Ahora queremos saber si ha oído hablar sobre los siguientes temas:<br>1. Si<br>2. No ↓<br>3. No sabe ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         | <b>305.</b> Para cada frase indica si esta es falsa o verdadera.<br>1. Falso<br>2. verdadero<br>3. No sabe ↓ |                              | <b>306.</b> Ahora queremos saber qué tan de acuerdo esta con las siguientes afirmaciones: |                            | 1. ¡SI!                                                                                                                                                                                                     | 2. si                           | 3. no                      | 4. ¡NO!                    |    |                                                                                                                        |                            |                            |                            |                            |
| a.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿La menstruación?                       | 3 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                | a.                         | La menstruación es una enfermedad                                                                                                                                                                           | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | a. | Durante la menstruación la mujer no se debe bañar ni hacer deportes                                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿La eyaculación?                        | 3 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                | b.                         | La eyaculación a veces se presenta en los hombres cuando están dormidos                                                                                                                                     | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | b. | La pena o la vergüenza lleva a que los niños, niñas y adolescentes no pregunten sobre estos temas a personas cercanas  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Relaciones sexuales                     | 3 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                | c.                         | Los espermatozoides son liberados solamente al momento de eyacular                                                                                                                                          | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | c. | Por naturaleza, los hombres siempre están dispuestos o quieren tener relaciones sexuales                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Métodos anticonceptivos?               | 3 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                | d.                         | Los métodos anticonceptivos son perjudiciales para la salud                                                                                                                                                 | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | d. | Los métodos anticonceptivos son necesarios en la primera relación sexual para que la mujer no quede embarazada         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           | e.                         | La anticoncepción de emergencia es efectiva si se administra en los primeros días posteriores a la confirmación del embarazo                                                                                | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | e. | Los métodos anticonceptivos se deben usar sólo cuando las relaciones sexuales son muy frecuentes                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           | f.                         | Las pastillas anticonceptivas se deben tomar al otro día de tener relaciones sexuales                                                                                                                       | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | f. | En una relación de pareja es importante que el hombre tenga más experiencia sexual que la mujer.                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| e.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ¿Los derechos sexuales y reproductivos? | 3 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                | g.                         | Los niños y niñas tienen derechos sexuales y reproductivos                                                                                                                                                  | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | g. | Hablar de sexualidad o de métodos anticonceptivos con personas jóvenes les anima o motiva a tener relaciones sexuales. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           | h.                         | En Colombia, es un delito tener relaciones sexuales con una persona menor de 14 años                                                                                                                        | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | h. | Sólo las personas homosexuales y drogadiclas se deben hacer la prueba del VIH.                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           | i.                         | La interrupción voluntaria del embarazo está permitida por la ley en tres casos                                                                                                                             | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |    |                                                                                                                        |                            |                            |                            |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                              |                              |                                                                                           | j.                         | Para que los y las adolescentes puedan ser atendidos en servicios de salud sexual y reproductiva se requiere el consentimiento expreso de sus padres (que los padres les den permiso), madres o acudientes. | 3 <input type="checkbox"/> ↓    | 2 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |    |                                                                                                                        |                            |                            |                            |                            |

|                               |            |                                                                                                                                                       |           |                                                                                                             |             |
|-------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| f. ¿Condón?                   | 3□↓ 2□↓ 1□ | k. Las personas usan el condón SÓLO cuando quieren evitar un embarazo                                                                                 | 3□↓ 2□ 1□ | i. Hay que desconfiar de una mujer que carga un condón en la cartera                                        | 1□ 2□ 3□ 4□ |
|                               |            | l. Si uno confía en la pareja, no necesita usar el condón                                                                                             | 3□↓ 2□ 1□ | j. Usar el condón en las relaciones sexuales es poco romántico                                              | 1□ 2□ 3□ 4□ |
|                               |            | m. El condón sólo se debe usar cuando se tienen relaciones sexuales con personas que no se conocen                                                    | 3□↓ 2□ 1□ | k. Para las personas adolescentes es muy fácil conseguir condones                                           | 1□ 2□ 3□ 4□ |
| g. ¿Roles de género?          | 3□↓ 2□↓ 1□ | n. Las mujeres tiene las mismas habilidades que los hombres para desempeñarse en los altos cargos del Gobierno.                                       | 3□↓ 2□ 1□ | l. Las mujeres que toman bebidas alcohólicas o visten de forma vistosa se merecen que les falten al respeto | 1□ 2□ 3□ 4□ |
| h. ¿Violencia y abuso sexual? | 3□↓ 2□↓ 1□ | o. La violencia sexual va en contra de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, y en especial contra el derecho a la soberanía sobre sí mismo. | 3□↓ 2□ 1□ | m. Las mujeres deben aceptar tener relaciones siempre que su pareja quiera                                  | 1□ 2□ 3□ 4□ |

# MODULO IV – CONOCIMIENTO DE LA ESTRATEGIA EN GENERAL

|                                                                                  |                                                                                                              |     |    |                                                                              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Ha recibido alguna vez información sobre....?</p> <p>1. Si<br/>2. No↓</p> |                                                                                                              |     |    | <p>b. ¿A qué edad recibió, por primera vez, información sobre este tema?</p> |                                                                   | <p>c. Por favor indiquenos en un orden de 1 a 3, la persona o institución que considera le dio la información que para usted fue la más importante. Siendo 1 el más importante.</p> <p>1. Madre<br/>2. Padre<br/>3. Hermanos/as<br/>4. Amigos o amigas<br/>5. Pareja<br/>6. En el colegio<br/>7. Personal de la salud<br/>8. Programa Juvenil<br/>9. En la parroquia/iglesia<br/>10. Televisión<br/>11. Internet<br/>12. Libros, revistas u otros textos escritos sobre el tema<br/>13. Otra, ¿Cuál?<br/>14. Ninguno</p> | <p>d. ¿En general, considera que la información ha sido útil?</p> <p>1. Si<br/>2. No</p> | <p>e. ¿Considera que le hace falta más información al respecto?</p> <p>1. Si<br/>2. No</p> |
| 401.                                                                             | ...Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos                                                                | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 402.                                                                             | ...Nombres y funciones de los órganos sexuales (ciclo menstrual, ovulación, menstruación, eyaculación, etc.) | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 403.                                                                             | ...Cambios físicos a lo largo de la vida (p. ej. pubertad, climaterio, menopausia, etc.)                     | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 404.                                                                             | ...Relaciones afectivas                                                                                      | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 405.                                                                             | ....Decisiones reproductivas (métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, etc)                    | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 406.                                                                             | Embarazo                                                                                                     | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 407.                                                                             | Maternidad y paternidad                                                                                      | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 408.                                                                             | Abuso sexual y/o violencia de género                                                                         | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |
| 409.                                                                             | Autocuidado (citología, infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA, prácticas sexuales seguras, etc.       | 2□↓ | 1□ | □□□ Años                                                                     | <p>1. □□ Cuál _____<br/>2. □□ Cuál _____<br/>3. □□ Cuál _____</p> | <p>1□<br/>2□</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>1□<br/>2□</p>                                                                         |                                                                                            |

|      |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                       |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|      | <p>a. ¿En el Centro Educativo al que asiste actualmente (o al último que asistió), se realizan (realizaban):</p> <p>1. Si<br/>2. No</p>                                                                                   | <p>b. Siendo 1 Muy poco satisfecho, y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con...?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>c. ¿Le han pedido su opinión o le han ofrecido participar para mejorar estas actividades/acciones programas?</p> <p>1. Si<br/>2. No</p> | <p>d. ¿Considera que los contenidos responden a las necesidades de los y las adolescentes?</p> <p>1. Si<br/>2. No</p>                                                                                             | <p>Encuestador/a revise si el/la niño(a) tiene menos de 14 años salte a la opción 2 de la matriz</p> <p>e. ¿Ha usado lo que aprendió en su vida diaria?</p> <p>1. Si<br/>2. No</p>               |                                                       |
| 410. | 1. Charlas o conferencias sobre sexualidad.                                                                                                                                                                               | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|      | 2. Talleres y/o video conferencias sobre sexualidad.                                                                                                                                                                      | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|      | 3 Temas tratados por el/la directora(a) del grupo a toda la clase sobre sexualidad.                                                                                                                                       | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|      | 4. Proyectos de aula en una sola clase específica(donde un(a) solo(a) profesor/a es quien trabaja este tema), sobre sexualidad.                                                                                           | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|      | 5. Sesión de orientación individual con psicólogas o personal de salud, sobre sexualidad.                                                                                                                                 | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|      | 6. Proyectos de aula en varias clases (donde distintos profesores(as) abordaban el tema), sobre sexualidad.                                                                                                               | 2 <input type="checkbox"/> ↓ 1 <input type="checkbox"/> →                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
| 411. | ¿En su Colegio o centro educativo opera el Programa de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía (PESCC)?                                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 414 NS/NR <input type="checkbox"/> → 414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                       |
| 412. | ¿Ha participado en el diseño de los contenidos o en las acciones para implementar el Programa de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía en su Colegio o Centro educativo?                                          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                       |
| 413. | En cuanto al PESCC en su colegio:                                                                                                                                                                                         | <p>a. Siendo 1 Muy poco satisfecho, y 5 Muy satisfecho. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con el programa?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>b. ¿Ha usado lo que aprendió del programa en su vida diaria?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/><br/>No <input type="checkbox"/></p>     | <p>c. ¿Considera que los contenidos del programa responden a las necesidades reales de los/las jóvenes?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/><br/>No <input type="checkbox"/><br/>NS/NR <input type="checkbox"/></p> | <p>d. ¿Le han pedido su opinión o le han ofrecido participar para mejorar el programa?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/><br/>No <input type="checkbox"/><br/>NS/NR <input type="checkbox"/></p> |                                                       |
| 414. | <p>¿En su opinión, quienes deberían dar la información y la guía para que los/las jóvenes tengan una sexualidad saludable?(seleccionar dos opciones)</p> <p>(Registre 1 en el primero que mencione y 2 en el segundo)</p> | <p>a. Su mamá, papá o adultos de la Familia <input type="checkbox"/></p> <p>b. Los/as profesores/as del Colegio o instituto educativo <input type="checkbox"/></p> <p>c. Médicos y demás profesionales de la Salud <input type="checkbox"/></p> <p>d. Otros/as jóvenes <input type="checkbox"/></p> <p>e. Los sacerdotes o pastores <input type="checkbox"/></p> <p>f. Entidades de la Alcaldía Municipal <input type="checkbox"/></p> <p>g. Entidades de la Gobernación <input type="checkbox"/></p> <p>h. ICBF <input type="checkbox"/></p> <p>i. Grupos de jóvenes y programas de cultura <input type="checkbox"/></p> <p>j. Los medios de comunicación (TV, revistas, internet) <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro, ¿Cuál? <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ninguno <input type="checkbox"/></p> |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                  |                                                       |

|             |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                                      |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>415.</b> | ¿Sabe de un lugar en su municipio donde usted pueda hablar tranquilo/a y francamente sobre sexualidad y/o derechos humanos, sexuales y reproductivos? |                                                                                                                                                                                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → <b>501</b> |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                             |
| <b>416.</b> | 1. Este lugar está relacionado con:<br><br>1. Si<br>2. No ↓                                                                                           |                                                                                                                                                                                            | 2. ¿Ha asistido alguna vez?<br><br>1. Si<br>2. No → <b>417</b>       |                            | 3. ¿A qué entidad pertenece? <div style="float: right; text-align: right;">           } → <b>418</b> </div> 1. El municipio<br>2. La gobernación<br>3. El ICBF<br>4. El SENA<br>5. EPS/IPS<br>6. Servicio de salud/servicio amigable<br>7. Colegio<br>8. Parroquia<br>9. Estrategia Unidos<br>10. Organización comunitaria/ONG<br>11. Otra |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                             |
|             | a.                                                                                                                                                    | Algún programa o servicio de salud (centro de salud, servicio amigable, hospital, etc.)                                                                                                    | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
|             | b.                                                                                                                                                    | Algún programa educativo (Colegio, SENA, Universidad, etc.)                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
|             | c.                                                                                                                                                    | Algún programa cultural y/o recreativo (Casa de la cultura, programa de deportes, Club juvenil, etc.)                                                                                      | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
|             | d.                                                                                                                                                    | Algún programa comunitario y de participación (Familias con Bienestar o Generaciones con Bienestar del ICBF, trabajo con comunidades, programa para poblaciones vulnerables, UNIDOS, etc.) | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
|             | e.                                                                                                                                                    | Algún programa religioso (grupo de oración, encuentros de convivencia para jóvenes desde las parroquias o iglesias)                                                                        | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |
|             | f.                                                                                                                                                    | Otro, ¿cuál? _____                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 11 <input type="checkbox"/> |

|             |                                                                                                            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                                  |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| <b>417.</b> | a. Para los espacios donde el NNA, <b>NO</b> ha asistido (P.416.2), queremos saber por qué no lo ha hecho? |       | b. La razón es:<br>1. No es gratuito<br>2. Los horarios son inconvenientes<br>3. No permiten la participación de los jóvenes<br>4. Es difícil de llegar<br>5. No le da confianza<br>6. No hay privacidad<br>7. La gente que lo atiende no tiene buena formación<br>8. Otra, ¿Cuál? |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                                  |
|             | a.                                                                                                         | _____ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> _____ |
|             | b.                                                                                                         | _____ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> _____ |
|             | c.                                                                                                         | _____ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> _____ |
|             | d.                                                                                                         | _____ | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> _____ |

|      |                                                                                                                                                                  |                                                  |           |                                                                                                                          |    |    |    |    |    |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| 418. | Para los programas o servicios seleccionados en la pregunta 416.1, conteste las siguientes preguntas:                                                            | 1. Este programa, servicio o actividad:          |           | 2. Siendo 1 muy poco, y 5 bastante ¿Qué tanto influye este aspecto en su decisión de asistir a este programa o servicio? |    |    |    |    |    |
|      |                                                                                                                                                                  | 1. Si<br>2. No                                   |           |                                                                                                                          |    |    |    |    |    |
|      | a. _____                                                                                                                                                         | a. Es gratuito                                   | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | b. Tiene horarios cómodos para usted             | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | c. Fomenta la participación de los y las jóvenes | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | d. Le queda de fácil llegada o acceso            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | e. Cuenta con la privacidad necesaria            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | f. Es realizado por personas con buena formación | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | g. Fomenta la participación de la familia        | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      | b. _____                                                                                                                                                         | a. Es gratuito                                   | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | b. Tiene horarios cómodos para usted             | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | c. Fomenta la participación de los jóvenes       | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | d. Le queda de fácil llegada o acceso            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | e. Cuenta con la privacidad necesaria            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | f. Es realizado por personas con buena formación | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | g. Fomenta la participación de la familia        | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      | c. _____                                                                                                                                                         | a. Es gratuito                                   | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | b. Tiene horarios cómodos para usted             | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | c. Fomenta la participación de los jóvenes       | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | d. Le queda de fácil llegada o acceso            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | e. Cuenta con la privacidad necesaria            | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | f. Es realizado por personas con buena formación | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      |                                                                                                                                                                  | g. Fomenta la participación de la familia        | 2□↓       | 1□                                                                                                                       | 1□ | 2□ | 3□ | 4□ | 5□ |
|      | <b>☞Encuestador/a, lea al entrevistado: ahora realizaremos unas preguntas acerca de la campaña que se está haciendo dirigida a niños, niñas y adolescentes.</b>  |                                                  |           |                                                                                                                          |    |    |    |    |    |
| 419. | Ha oído hablar sobre la campaña “Por mi yo decido”?                                                                                                              | SI 1□                                            | No 2□→501 | NS 3□                                                                                                                    |    |    |    |    |    |
| 420. | Le parece que el mensaje que envía la campaña es claro?                                                                                                          | SI 1□                                            | No 2□     | NS 3□                                                                                                                    |    |    |    |    |    |
| 421. | Ha oído hablar sobre alguna otra campaña dirigida a jóvenes sobre temas de sexualidad, salud sexual y reproductiva y derechos humanos, sexuales y reproductivos? | SI 1□                                            | No 2□→501 | NS 3□→501                                                                                                                |    |    |    |    |    |
| 422. | ¿Cuál?                                                                                                                                                           | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____        |           |                                                                                                                          |    |    |    |    |    |

# MODULO V HISTORIA Y EXPERIENCIAS VIVIDAS

En este módulo queremos conocer del desarrollo físico, personal y social que ha vivido.

Para ello es importante que recuerde que toda la información será confidencial y será de gran utilidad para los programas que el Estado Colombiano adelanta en apoyo para los niños, niñas y adolescentes en todo el país.

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
| 501.                                                                                                                                                                                                         | Tiene o alguna vez ha tenido una relación personal (amorosa, afectiva) con alguien que haya considerado...                                                                                   | a. Amigovio/ Amigovia                                                                         | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              | 504                        |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | b. Amigo con derechos/ Amiga con derechos                                                     | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              |                            |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | c. Amigo especial/Amiga especial                                                              | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              |                            |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | d. Novio/novia                                                                                | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              |                            |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | e. Compañero permanente/compañera permanente                                                  | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              |                            |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | f. Esposo/esposa                                                                              | Si                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>              |                            |
| 502.                                                                                                                                                                                                         | ¿A qué edad tuvo la que considera su primera relación romántica , afectiva)                                                                                                                  | _ _ _  Años                                                                                   |                                               | Nunca                                         | 1 <input type="checkbox"/>                    |                                         |                            |
| 503.                                                                                                                                                                                                         | ¿Actualmente tiene pareja o está en una relación estable?                                                                                                                                    | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    |                                         |                            |
| <b>☛Encuestador(a): Tenga en en cuenta la edad de la persona entrevistada. (Para los menores de 14 años debe utilizar la hoja anexa).Estas preguntas solo aplican para <u>personas de 14 años y más.</u></b> |                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| <b>☛Entrevistador(a), el NNA que esta encuestando es de 14 años y más</b>                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| <b>☛Encuestador(a): Lea a la persona entrevistada: Para las preguntas que siguen de aquí en adelante, entenderemos las relaciones sexuales como el contacto físico y erótico a través de los genitales.</b>  |                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 504.                                                                                                                                                                                                         | ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?                                                                                                                                                   | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    | →516                                    |                            |
| 505.                                                                                                                                                                                                         | ¿A qué edad tuvo relaciones sexuales por primera vez?<br>☛Encuestador: Si la edad reportada es mayor o igual a 14 años pase a la pregunta 507                                                | _ _ _  Años                                                                                   |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 506.                                                                                                                                                                                                         | ¿A qué edad tuvo relaciones sexuales consentidas y conscientes por primera vez?                                                                                                              | _ _ _  Años<br>1 <input type="checkbox"/> No he tenido relaciones después de los 14 años →516 |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 507.                                                                                                                                                                                                         | ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido relaciones sexuales en su vida?                                                                                                                   | _ _ _  Personas                                                                               |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 508.                                                                                                                                                                                                         | ¿Alguna vez Ud. o una persona con quien haya tenido relaciones sexuales han quedado en embarazo?<br>☛Encuestador: Aunque el embarazo no haya terminado en un hijo/hija/hija nacido/a vivo/a. | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    | →516                                    |                            |
| 509.                                                                                                                                                                                                         | ¿Ud. O una pareja suya está actualmente en embarazo?                                                                                                                                         | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    | →511                                    |                            |
| 510.                                                                                                                                                                                                         | ¿Qué edad tenía cuando quedo en embarazo por primera vez o embarazó a alguien por primera vez?<br>☛Encuestador: Aunque el embarazo no haya terminado en un hijo/hija/hija nacido/a vivo/a.   | _ _ _  Años                                                                                   |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 511.                                                                                                                                                                                                         | ¿Ha tenido hijo(s)/hija(s)nacidos/as vivos/as?                                                                                                                                               | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    | →516                                    |                            |
| 512.                                                                                                                                                                                                         | ¿Cuántos?                                                                                                                                                                                    | _ _ _  Hijo/hijas                                                                             |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 513.                                                                                                                                                                                                         | ¿Cuántos hijo(s)/hija(s) suyos están vivos/as actualmente?                                                                                                                                   | _ _ _  Hijo/hijas                                                                             |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 514.                                                                                                                                                                                                         | ¿Actualmente, cuántos hijo(s)/hija(s) suyos viven con Ud. En este mismo hogar?                                                                                                               | _ _ _  Hijo/hijas                                                                             |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 515.                                                                                                                                                                                                         | ¿Qué edad tenía cuando nació su _____ hijo/hija?                                                                                                                                             | Primer                                                                                        | Segundo                                       | Tercer                                        | Cuarto                                        |                                         |                            |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | _ _ _ <br>Años                                                                                | _ _ _ <br>Años<br><input type="checkbox"/> NA | _ _ _ <br>Años<br><input type="checkbox"/> NA | _ _ _ <br>Años<br><input type="checkbox"/> NA |                                         |                            |
| 516.                                                                                                                                                                                                         | ¿Quiere tener más hijo/hijas? (Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: quisiera tener hijo/hijas algún día)                                                                                 | Si                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/>                    | No                                            | 2 <input type="checkbox"/>                    | →523<br>3 <input type="checkbox"/> →519 |                            |
| 517.                                                                                                                                                                                                         | ¿Cuántos hijo/hijas más quisiera tener?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: cuántos hijo/hijas quisiera tener)                                                                      | _ _ _  Hijo(s)/hija(s)                                                                        |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 518.                                                                                                                                                                                                         | ¿En cuánto tiempo quisiera tener su próximo hijo/hija?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: En cuántos años quisiera tener su primer hijo/hija, si es menos de un año marque 0)      | _ _ _  años                                                                                   |                                               |                                               |                                               |                                         |                            |
| 519.                                                                                                                                                                                                         | ¿Quién le ayuda con la crianza o cuidado de su(s) hijo(s)?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: Quién cree que le ayudaría con la                                                    | a. Madre y/o Padre del niño(a)                                                                |                                               |                                               |                                               |                                         | a <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                              | b. Los abuelos del niño(a)                                                                    |                                               |                                               |                                               |                                         | b <input type="checkbox"/> |

|      |                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                             |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|      | crianza o cuidado de su(s) hijo(s))                                                                                                                                                                     | c. Otro familiar del niño(a)                                                                                   | c <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Otra persona no familiar                                                                                    | d <input type="checkbox"/>                                  |
| 520. | ¿Quién le ayuda económicamente para el sostenimiento de su(s) hijo(s)?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: ¿Quién cree que le ayudaría económicamente para el sostenimiento de su(s) hijo(s)?) | a. Madre y/o Padre del niño(a)                                                                                 | a <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | b. Los abuelos del niño(a)                                                                                     | b <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | c. Otro familiar del niño(a)                                                                                   | c <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Otra persona no familiar                                                                                    | d <input type="checkbox"/>                                  |
| 521. | ¿Quién lleva a su(s) hijo(s) a las citas médicas?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: ¿Quién cree que llevaría a su(s) hijo(s) a las citas médicas?)                                           | a. Madre y/o Padre del niño(a)                                                                                 | a <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | b. Los abuelos del niño(a)                                                                                     | b <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | c. Otro familiar del niño(a)                                                                                   | c <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Otra persona no familiar                                                                                    | d <input type="checkbox"/>                                  |
| 522. | ¿Quién acompañó a la gestante a las citas de control prenatal?<br>(Si aún no ha tenido hijo/hijas pregunte: ¿Quién cree que le acompañaría a las gestantes a las citas de control prenatal?)            | a. La pareja o compañero                                                                                       | a <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | b. Madre y/o Padre del niño(a)                                                                                 | b <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | c. Los abuelos del niño(a)                                                                                     | c <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Otro familiar del niño(a)                                                                                   | d <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | e. Otra persona no familiar                                                                                    | e <input type="checkbox"/>                                  |
| 523. | ¿Alguna vez se ha hecho algún examen médico o una prueba de laboratorio para determinar si tiene una infección de transmisión sexual – ITS?                                                             | Si 1 <input type="checkbox"/> ➔ 525<br>No 2 <input type="checkbox"/>                                           |                                                             |
| 524. | ¿Por qué razón no lo ha hecho?<br>(Puede señalar máximo dos (2) razones)                                                                                                                                | a. Nunca he tenido relaciones sexuales sin protegerme de las ITS, siempre hemos usado condón                   | a <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | b. Nunca he tenido interés o ganas de hacerlo                                                                  | b <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | c. Nunca he tenido síntomas físicos o problemas de salud que me indiquen que tengo una ITS                     | c <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Nunca he tenido relaciones sexuales con una persona infectada                                               | d <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | e. Nunca he tenido relaciones sexuales con personas que no conozco bien                                        | e <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | f. Nunca he tenido relaciones sexuales con personas distintas a mi pareja                                      | f <input type="checkbox"/>                                  |
|      |                                                                                                                                                                                                         | 1. Nunca he tenido relaciones sexuales                                                                         | 1 <input type="checkbox"/>                                  |
| 525. | ¿Alguna vez ha tenido una Infección de transmisión sexual                                                                                                                                               | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 528                                              |                                                             |
| 526. | ¿Qué edad tenía cuando tuvo por primera vez una Infección de transmisión sexual?                                                                                                                        | _ _  Años                                                                                                      |                                                             |
| 527. | ¿Qué hizo cuando adquirió la infección de transmisión sexual?                                                                                                                                           | a. Habló con alguien de la familia sobre la situación                                                          | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | b. Consultó un servicio de salud del municipio del cual tiene carné                                            | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | c. Buscó una consulta en una institución prestadora de salud sexual y Reproductiva pública o privada.          | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | d. Preguntó a un amigo o amiga y siguió sus recomendaciones                                                    | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | e. Hizo una búsqueda en internet y se aplicó el tratamiento                                                    | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | f. Espero hasta que se presentaran los síntomas                                                                | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | g. Habló con un/a profesor/a o psicóloga/o del colegio                                                         | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | h. Buscó orientación en la iglesia con el sacerdote o pastor                                                   | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | i. No hizo nada                                                                                                | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                         | j. No hizo nada porque no le preocupó                                                                          | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
| 528. | (Sólo para mujeres)<br>¿A qué edad tuvo su primera menstruación? (Periodo o regla)                                                                                                                      | _ _  Años<br>1 <input type="checkbox"/> Aún no ha tenido su primera menstruación NA 2 <input type="checkbox"/> |                                                             |
| 529. | (Sólo para hombres)<br>¿Sabe usted si hay algo similar a la menstruación que les suceda a los hombres que les indique que ya pueden tener hijos?                                                        | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 531                                              |                                                             |
| 530. | A qué edad le sucedió a usted por primera vez                                                                                                                                                           | _ _  años<br>1 <input type="checkbox"/> Aún no ha sucedido NA 2 <input type="checkbox"/>                       |                                                             |
| 531. | Alguna vez se ha casado o ha vivido en unión libre                                                                                                                                                      | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 539                                              |                                                             |
| 532. | ¿Está viviendo en unión libre actualmente?                                                                                                                                                              | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>                                                    |                                                             |



|             |                                                   |           |                                                                                       |                                                                                                                                 |                            |                            |                                                                                     |                            |
|-------------|---------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>533.</b> | ¿Está casado/a actualmente?                       |           | Si      1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/>                 |                                                                                                                                 |                            |                            |                                                                                     |                            |
| <b>534.</b> | ¿Con cuántas personas diferentes se ha unido?     |           | _ _  Personas      (Registre primera y última unión)                                  |                                                                                                                                 |                            |                            |                                                                                     |                            |
| <b>535.</b> | ¿Qué edad tenía cuando se unió por _____?         |           | <b>536.</b> ¿Qué edad tenía su pareja en el momento en que comenzaron a vivir juntos? | <b>537.</b> ¿En qué tipo de unión comenzaron a vivir?<br><br>1.      Matrimonio<br>2.      Unión Libre<br>3.      ¿Otro? ¿Cuál? |                            |                            | <b>538.</b> ¿La pareja con la que vivió era?<br><br>1.      Hombre<br>2.      Mujer |                            |
|             | 1.      Primera Vez                               | _ _  Años | _ _  Años                                                                             | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>                                                          | 2 <input type="checkbox"/> |
|             | 2.      Última Vez<br><input type="checkbox"/> NA | _ _  Años | _ _  Años                                                                             | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                      | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/>                                                          | 2 <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                          |                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Entrevistador(a): ¿ el NNA que esta encuestando alguna vez ha tenido relaciones sexuales?</b>                                                         |                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          | <b>Si</b> 1 <input type="checkbox"/> | <b>No</b> 2 <input type="checkbox"/> → VI |
| <b>Encuestador/a: Lea al/la entrevistado(a): Ahora queremos reconstruir algunos aspectos de su vida en pareja indagando por dos periodos de su vida.</b> |                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                           |
| <b>Encuestador/a: Revise la edad del/la encuestado(a); a los menores de 14 años <u>no</u> se les aplica la matriz a continuación</b>                     |                                                                |                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                          |                                      |                                           |
| <b>AÑO</b>                                                                                                                                               | <b>539. ¿Tuvo relaciones sexuales?</b><br><br>1. Sí    2. No ↓ | <b>540. ¿Con cuántas personas diferentes tuvo relaciones sexuales durante _____?</b> | <b>541. Durante _____ ¿tuvo por lo menos una relación sexual con una persona 10 años mayor o 10 años menor?</b><br><br>1. Sí    2. No | <b>542. En la(s) relacion(es) sexual(es) que tuvo durante _____, con qué frecuencia utilizó por lo menos un método anticonceptivo o Algo para evitar un embarazo</b><br><br>1. Siempre<br>2. La mayoría de las veces<br>3. Algunas veces<br>4. Casi nunca<br>5. Nunca <input type="checkbox"/> → 546) | <b>543. En las relaciones sexuales que tuvo durante _____, con qué frecuencia utilizó condón (masculino o femenino)</b><br><br>1. Siempre<br>2. La mayoría de las veces<br>3. Algunas veces<br>4. Casi nunca<br>5. Nunca |                                      |                                           |
| 1. Primera relación sexual                                                                                                                               | NA                                                             | NA                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                                                                                   |                                      |                                           |
| 2. En los últimos 12 meses                                                                                                                               | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 601    | <input type="text"/>                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                                                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>                                                                                   |                                      |                                           |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                                                                                                                                      |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>544. AÑO</b>            | <b>545. ¿En dónde consigue/ consiguió habitualmente los MA que utiliza/utilizaba?</b><br><br>1. La pareja<br>2. La madre<br>3. El padre<br>4. Farmacia o droguería<br>5. Puesto o Centro de salud<br>6. Servicio especializado para jóvenes<br>7. Médico privado<br>8. Amigo o Amiga<br>9. Otro | <b>546. ¿Por qué razón(es) no usó por lo menos un método anticonceptivo en TODAS las relaciones que tuvo durante _____? (Puedes marcar tres) razones)</b><br>a. No le gustaba. No quería No pudo esperar<br>b. No sabía dónde comprar<br>c. Le daba pena comprarlos<br>d. No los conocía<br>e. Su(s) pareja(s) no quería(n)<br>f. Eran muy caros, no podía(n) pagarlos<br>g. No creía que fuera necesario o útil<br>h. No los necesitaba porque las relaciones eran con una persona de su mismo sexo.<br>i. No tenía en ese momento<br>j. Otra. ¿Cuál? _____ | <b>547. ¿Con cuántas personas diferentes tuvo por lo menos una relación sexual en la que no usó ningún método anticonceptivo durante _____?</b> | <b>548. ¿Durante ese año, asistió por lo menos una vez a una consulta especializada en sexualidad o salud sexual y reproductiva?</b> |
| 1. Primera relación sexual | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                                              | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | N/A                                                                                                                                             | Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 601                                                                    |
| 2. En los últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>                                              | a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> i <input type="checkbox"/> j <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                                                                                                                            | Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 601                                                                    |

|                            |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AÑO</b>                 | <b>549. ¿En dónde asistió?</b><br><br>1. En un servicio amigable para jóvenes.<br>2. En una institución de Salud diferente a un servicio amigable.<br>3. En el Colegio o centro educativo<br>4. En otro lugar | <b>550. ¿De las relaciones Sexuales que tuvo durante el año, se presentó algún embarazo?</b><br><br>1. Sí    2. No | <b>551. ¿Cuántos embarazos ?</b> | <b>552. ¿En qué mes(es)?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>553. ¿Los embarazos que se presentaron en ese año, fueron planeados por Ud.?</b><br><br>1. Sí    2. No | <b>554. Los embarazos que ocurrieron ese año terminaron en:</b><br><br>1. Hijo/hija Nacido(a) Vivo(a)<br>2. Pérdida espontánea<br>3. Interrupción Voluntaria<br>4. En embarazo |
| 1. Primera relación sexual | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                            | <input type="text"/>             | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>                                                                 |
| 2. En los últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>                                                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓                                                            | <input type="text"/>             | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/><br>7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>                                                     | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/><br>3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>                                                                 |

|      |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                            |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 555. | <b>Entrevistador(a): Revise la respuesta a la pregunta 554, si en algún año respondió Interrupción Voluntaria. pregunte:</b><br><br>Si ha tenido un embarazo que ha sido interrumpido voluntariamente. ¿Quién tomo la decisión? | 1. Los dos decidieron      | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                                 | 2. Sólo usted decidió      | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                                 | 3. Sólo decidió su pareja  | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                                 | 4. Los obligaron a hacerlo | 4 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                            |

| MODULO VI ACCESO A SERVICIOS DE SALUD |                                                                                                                                                                             |                                                                 |                             |                                                        |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| 601.                                  | ¿Sabe de un lugar donde usted o una persona de su edad pueda obtener un método de planificación familiar de manera gratuita en su municipio?                                | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> |                                                        |
| 602.                                  | ¿Conoce de algún centro de salud sexual y reproductiva, o institución dedicada a ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva o planificación familiar en su municipio? | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> |                                                        |
| 603.                                  | ¿En la clínica o centro de salud a la que normalmente asiste o en la EPS a la que está afiliado, se prestan consultas de sexualidad o salud sexual y reproductiva?          | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> | Ns <input type="checkbox"/>                            |
| 604.                                  | ¿Sabe si en su municipio funcionan los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes?                                                                            | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> | → 606                                                  |
| 605.                                  | ¿Los ha usado alguna vez?                                                                                                                                                   | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> |                                                        |
| 606.                                  | ¿Ha solicitado atención de servicios de salud sexual y reproductiva alguna vez?                                                                                             | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> | → 611                                                  |
| 607.                                  | ¿A qué edad la solicitó por primera vez?                                                                                                                                    |                                                                 |                             |                                                        |
| 608.                                  | ¿Cuántas veces ha consultado los servicios de salud sexual y reproductiva en el último año?                                                                                 |                                                                 |                             |                                                        |
| 609.                                  | A continuación queremos saber sobre el sitio en el que usted realizó su primera y última consulta:                                                                          | Lugar                                                           | Primera consulta            | Última consulta                                        |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 1. En la clínica, hospital o centro de salud                    | 1 <input type="checkbox"/>  | 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 2. En un Servicio de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes | 2 <input type="checkbox"/>  | 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 3. En el Colegio                                                | 3 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 4. Jornadas de salud en el Barrio o Vereda                      | 4 <input type="checkbox"/>  | 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 5. En una institución especializada                             | 5 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 6. Otro: ¿Cuál? _____                                           | 6 <input type="checkbox"/>  | 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NA |
| 610.                                  | De 1 a 5, dónde 1 es Muy Mala y 5 Muy buena. ¿Cómo calificaría la atención de la última consulta?<br><b>PASE A 612</b>                                                      | 1 <input type="checkbox"/>                                      | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/>                             |
| 611.                                  | ¿Por qué razón no lo ha hecho?                                                                                                                                              | 1. No tengo vida sexual                                         |                             | 1 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 2. Mi pareja es la que asiste                                   |                             | 2 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 3. No lo considero importante                                   |                             | 3 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 4. No sabía que podía asistir                                   |                             | 4 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 5. Me da pena                                                   |                             | 5 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 6. Me lo prohíben en mi casa o colegio                          |                             | 6 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 7. No me hace falta, ya sé lo que necesito saber                |                             | 7 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 8. No sé a dónde ir                                             |                             | 8 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 9. Los sitios de consulta me quedan muy lejos                   |                             | 9 <input type="checkbox"/>                             |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 10. Las consultas son muy costosas                              |                             | 10 <input type="checkbox"/>                            |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 11. Consigo mi información o atención por otras fuentes         |                             | 11 <input type="checkbox"/>                            |
|                                       |                                                                                                                                                                             | 12. Otro: ¿Cuál? _____                                          |                             | 12 <input type="checkbox"/>                            |

|      |                                                                                                                             |                                                                 |                             |                            |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 612. | ¿Alguna vez le han hecho asesoría personalizada para determinar cuál es el método anticonceptivo idóneo para Ud.?           | Sí <input type="checkbox"/>                                     | No <input type="checkbox"/> | → 615                      |
| 613. | Si contesta afirmativamente, ¿en dónde?                                                                                     | 1. En la clínica, hospital o centro de salud                    |                             | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 2. En un Servicio de Salud Amigable para Adolescentes y Jóvenes |                             | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 3. En el Colegio                                                |                             | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 4. En el Barrio o Vereda                                        |                             | 4 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 5. En una institución especializada                             |                             | 5 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 6. Otro: ¿Cuál? _____                                           |                             | 6 <input type="checkbox"/> |
| 614. | De 1 a 5 dónde, 1 es Muy Mala y 5 Muy buena. ¿Cómo calificaría la atención promedio de esas consultas?<br><b>PASE A 616</b> | 1 <input type="checkbox"/>                                      | 2 <input type="checkbox"/>  | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                             | 4 <input type="checkbox"/>                                      | 5 <input type="checkbox"/>  |                            |

|      |                                                                                                                                                                                                    |                                                                               |                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 615. | ¿Por qué razón no lo ha hecho?                                                                                                                                                                     | 1.No tengo vida sexual                                                        | 1 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 2.Mi pareja es la que asiste y usa los métodos                                | 2 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 3.No lo considero importante                                                  | 3 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 4.No sabía que podía hacerlo                                                  | 4 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 5.Me da pena                                                                  | 5 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 6.Me lo prohíben en mi casa o colegio                                         | 6 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 7.No me hace falta, ya sé lo que necesito saber del tema                      | 7 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 8.En mi municipio no hay disponibilidad de lugares para hacerlo               | 8 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 9.Los sitios de consulta me quedan muy lejos                                  | 9 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 10.Las consultas son muy costosas                                             | 10 <input type="checkbox"/>      |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 11.Consigo mis métodos en una farmacia o Droguería y no me piden prescripción | 11 <input type="checkbox"/>      |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 12. No tengo carnet de Salud y no me atienden sin él.                         | 12 <input type="checkbox"/>      |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 13. Otra, ¿Cuál? _____                                                        | 13 <input type="checkbox"/>      |
| 616. | ¿Cuál es el sitio al que ha asistido el mayor número de veces para consultas, asesorías o atención en sexualidad o en salud sexual y reproductiva o en derechos humanos, sexuales y reproductivos? | 1.La clínica, hospital o centro de salud                                      | 1 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 2.El Colegio                                                                  | 2 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 3.Jornadas de salud en el Barrio o Vereda                                     | 3 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 4.Una institución especializada                                               | 4 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 5.Un servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes                   | 5 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 6. Otro: ¿Cuál? _____                                                         | 6 <input type="checkbox"/>       |
|      |                                                                                                                                                                                                    | 7.No ha asistido                                                              | 7 <input type="checkbox"/> → 618 |

Ahora queremos preguntarle por los servicios de salud que ha utilizado

|                      |                                                               |                               |                               |
|----------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 617.                 | ¿Qué temas ha hablado en las consultas a las que ha asistido? |                               |                               |
|                      | a. Sexualidad                                                 | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | b. Violencia sexual y/o prevención del abuso sexual           | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | c. Derechos humanos, sexuales y reproductivos                 | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | d. Embarazo en la adolescencia                                | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | e. Aborto                                                     | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | f. Infecciones de transmisión sexual                          | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | g. Prácticas sexuales de riesgo                               | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | h. Cuidado prenatal, atención del parto y cuidado postparto   | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | i. Salud mental                                               | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | j. Relaciones de pareja                                       | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | k. Anticoncepción                                             | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | l. Anticoncepción de emergencia                               | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | m. Orientación sexual                                         | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
|                      | n. Nutrición                                                  | Si 1 <input type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> |
| o. Otro ¿Cuál? _____ | Si 1 <input type="checkbox"/>                                 | No 2 <input type="checkbox"/> |                               |

## B. VIOLENCIA SEXUAL

|      |                                                                                                           |                                                                                                   |                                     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 618. | ¿Alguna vez un hombre o una mujer, lo(a) ha intentado acariciar, tocar, fotografiar o abusar sexualmente? | Si 1 <input type="checkbox"/>                                                                     | No 2 <input type="checkbox"/> → 620 |
| 619. | ¿Por parte de quién?                                                                                      | 1. Papá y/o mamá                                                                                  | 1 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 2. Padrastro y/o madrastra                                                                        | 2 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 3. Otro familiar                                                                                  | 3 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 4. Una pareja o ex pareja                                                                         | 4 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 5. Un(a) profesor(a) o una figura de autoridad (Empleador(a), sacerdote, personal de salud, etc.) | 5 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 6. Un amigo(a)                                                                                    | 6 <input type="checkbox"/>          |
|      |                                                                                                           | 7. Una persona desconocida                                                                        | 7 <input type="checkbox"/>          |
| 620. | ¿Alguna vez ha sido acariciado(a) o tocado(a) sin su consentimiento por un hombre o una mujer?            | Si 1 <input type="checkbox"/>                                                                     | No 2 <input type="checkbox"/> → 623 |

|      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                          |                            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 621. | ¿Por parte de quién?                                                                                                             | 1. Papá y/o mamá                                                                                                                                                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 2. Padrastro y/o madrastra                                                                                                                                                                                                               | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 3. Otro familiar                                                                                                                                                                                                                         | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 4. Una pareja o ex pareja                                                                                                                                                                                                                | 4 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 5. Un(a) profesor(a) o una figura de autoridad (Empleador(a), sacerdote, personal de salud, etc.)                                                                                                                                        | 5 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 6. Un amigo(a)                                                                                                                                                                                                                           | 6 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 7. Una persona desconocida                                                                                                                                                                                                               | 7 <input type="checkbox"/> |
| 622. | ¿Qué edad tenía cuando fue objeto de caricias sin su consentimiento por primera vez?                                             | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> años |                            |
| 623. | ¿Alguna vez ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales?                                                                      | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 626                                                                                                                                                                        |                            |
| 624. | ¿Por parte de quién?                                                                                                             | 1. Papá y/o mamá                                                                                                                                                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 2. Padrastro y/o madrastra                                                                                                                                                                                                               | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 3. Otro familiar                                                                                                                                                                                                                         | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 4. Una pareja o ex pareja                                                                                                                                                                                                                | 4 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 5. Un(a) profesor(a) o una figura de autoridad (Empleador(a), sacerdote, personal de salud, etc.)                                                                                                                                        | 5 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 6. Un amigo(a)                                                                                                                                                                                                                           | 6 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 7. Una persona desconocida                                                                                                                                                                                                               | 7 <input type="checkbox"/> |
| 625. | ¿Usted, que hizo?                                                                                                                | a. Denunció                                                                                                                                                                                                                              | a <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | b. Habló con su padre/madre                                                                                                                                                                                                              | b <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | c. Habló con otro familiar                                                                                                                                                                                                               | c <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | d. Le contó a un amigo/amiga                                                                                                                                                                                                             | d <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | 1.No hizo nada                                                                                                                                                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/> |
| 626. | ¿Alguna vez ha sido forzado a tener relaciones sexuales a cambio de algún beneficio?                                             | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |                            |
| 627. | ¿Alguna vez usted ha tenido relaciones o actos sexuales con su consentimiento para obtener dinero u otros beneficios económicos? | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |                            |
| 628. | ¿Sabe usted si algún miembro de su familia ha sido abusado(a) sexualmente?                                                       | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 630                                                                                                                                                                        |                            |
| 629. | ¿Quién?<br>(Puede responder varias opciones)                                                                                     | a. Su mamá o papá (o quién desempeña esa función)                                                                                                                                                                                        | a <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | b. Sus hermanos o hermanas                                                                                                                                                                                                               | b <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | c. Sus Tías/Tíos o Primos(as)                                                                                                                                                                                                            | c <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | d. Sus hijos o hijas                                                                                                                                                                                                                     | d <input type="checkbox"/> |
| 630. | ¿Sabe usted si algún miembro de su familia se dedica al trabajo sexual?                                                          | Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> ➔ 701                                                                                                                                                                        |                            |
| 631. | ¿Quién?<br>(Puede responder varias opciones)                                                                                     | a.Su mamá o papá (o quién desempeña esa función)                                                                                                                                                                                         | a <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | b.Sus hermanos o hermanas                                                                                                                                                                                                                | b <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | c.Sus Tías/Tíos o Primos(as)                                                                                                                                                                                                             | c <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                  | d.Otro familiar                                                                                                                                                                                                                          | d <input type="checkbox"/> |

**MODULO VII**

**Entrevistador(a):** Lea al entrevistado/a: en este módulo queremos saber sobre sus expectativas y proyectos a futuro.

A continuación voy a leerle una lista de eventos que pueden o no haber sucedido. Si a usted le gustaría que ese evento suceda dígame a qué edad le gustaría que sucediera ( o si ya sucedió, a qué edad sucedió). También nos gustaría saber qué puede pasar con el evento en el caso hipotético de que usted tuviera un hijo/a.

|      | 1. Evento:                                                                           | 2. ¿El evento ya ocurrió?<br>1. Si<br>2. No → 4 | 3. Ocurrió cuando tenía:<br><br>_____ años ↓ | 4. Ocurrirá cuando tenga:<br>1. No quiero que ocurra nunca<br>2. No creo que pueda ocurrir<br><br>_____ años → 5 | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 5. Si tuviera un hijo antes de cumplir 20 años cree que cambiaría la edad a la que ocurriría este evento?<br>1. Si<br>2. No ↓ | 6. Cree que ocurriría:<br>1. Antes,<br>2. Después.<br>3. No creo que pueda ocurrir.<br><br>1 □ 2 □ 3 □ |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | a. Terminar la secundaria                                                            | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | b. Conseguir un trabajo estable                                                      | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | c. Irse de la casa o dejar de vivir con su papá y/o mamá                             | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | d. Ingresar una carrera de estudios superiores (técnica, tecnológica, universitaria) | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | e. Tener el/la primer(a) hijo/hija                                                   | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | No aplica                                                                                                                     |                                                                                                        |
| 701. | f. Casarse o irse a vivir con una pareja                                             | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | g. Tener un(a) segundo(a) hijo/hija                                                  | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | h. Crear un negocio propio                                                           | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | i. Comprar una moto                                                                  | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | j. Comprar un carro                                                                  | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | k. Comprar una casa propia                                                           | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | l. Irse a vivir fuera del país                                                       | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |
|      | m. Ser famoso (Artista, deportista, actor, cantante)                                 | 1 □ 2 □ → 4                                     | _____ años ↓                                 | _____ años → 5                                                                                                   | 1 □ ↓ | 2 □ ↓ | 1 □ 2 □ ↓                                                                                                                     | 1 □ 2 □ 3 □                                                                                            |

👤Entrevistador(a): Lea al entrevistado/a: Ahora le voy a leer una serie de afirmaciones que usted va a responder diciendo si o no, de acuerdo con esta tabla que le voy a mostrar. Si está totalmente de acuerdo me dice si escribo la respuesta con el SI en mayúsculas, o si está más o menos de acuerdo, si escribo la respuesta con el 'si' en minúsculas. Si no está de acuerdo, me dice si quiere que escriba no, con mayúsculas o con minúsculas.

| 702. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones que algunas personas dicen al tener un hijo o hija en la adolescencia? | 1. ¡SI!                    | 2. si                      | 3. no                      | 4. ¡NO!                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Hace que la relación de pareja se fortalezca                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Hace a la persona más responsable de sus acciones                                                                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Tiene alguien a quien amar                                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Le da un motivo para vivir                                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| No va a cambiar el proyecto de vida personal                                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

| 703. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones?                                      | 1. ¡SI!                    | 2. si                      | 3. no                      | 4. ¡NO!                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Lo que me pase en el futuro está fuera de mi control                                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Cuando quiero lograr algo, me planteo metas y pienso cómo alcanzarlas                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Las cosas que haga ahora que soy joven definirán mi vida adulta                                     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Cuando tengo que tomar una decisión, pienso sobre las consecuencias que me puede traer en el futuro | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Con frecuencia pienso cómo será mi vida en el futuro                                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

**Esta pregunta es solo para aquellas personas que no han tenido hijos aún.**

|      |                                                                                                                                                                                                                      |            |                            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| 704. | Usted cree que si tiene un/a hijo/a antes de cumplir los 20 años sus ingresos cuando tenga 25 años van a ser mayores, menores o iguales a los ingresos que usted tendría si no tuviera un hijo antes de los 20 años. | 1. Mayores | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                      | 2. Iguales | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                      | 3. Menores | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                      | 4. No Sabe | 4 <input type="checkbox"/> |

**Esta pregunta es solo para aquellas personas que ya tuvieron hijos**

|      |                                                                                                                                                                                                                         |            |                            |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|
| 705. | Usted cree que al tener un hijo antes de cumplir los 20 años sus ingresos cuando tenga 25 años van a ser mayores, menores o iguales a los ingresos que usted tendría si no hubiese tenido un hijo antes de los 20 años. | 1. Mayores | 1 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                         | 2. Iguales | 2 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                         | 3. Menores | 3 <input type="checkbox"/> |
|      |                                                                                                                                                                                                                         | 4. No Sabe | 4 <input type="checkbox"/> |

**AGRADEZCA Y TERMINE**