

| SECCIÓN AUTOAPLICADA – VERSIÓN JÓVENES         |   |  |    |    |
|--|---|--|----|----|
| MODULO I: CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS |   |  |    |    |
| P110.  | <p>COMENCEMOS <b>¿Alguna vez EN LA VIDA, has consumido...?</b></p> <p>PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS DEBES MARCAR CON UN CÍRCULO TÚ RESPUESTA. NO DEBEN QUEDAR SUSTANCIAS SIN RESPONDER.</p> <p>ADEMÁS PUEDES AGREGAR ALGUNA OTRA SUSTANCIA QUE HAYAS CONSUMIDO EN LA VIDA (PERO QUE NO ESTÁ EN EL LISTADO). ESTO LO PUEDES HACER EN LA OPCIÓN "OTROS", QUE ESTÁ UBICADA AL FINAL DEL LISTADO DE SUSTANCIAS.</p>   |  |    |    |
|  | Sustancias  |  | SI | NO |
|  | 1   | Alcohol (cerveza, vino, pisco, ron u otro licor fuerte)  | 1  | 2  |
|  | 2   | Cigarrillo   | 1  | 2  |
|  | 3   | Marihuana  | 1  | 2  |
|  | 4   | Cocaína  | 1  | 2  |
|  | 5   | Pasta base   | 1  | 2  |
|  | 6   | Éxtasis, MDMA  | 1  | 2  |
|  | 7   | Hongos alucinógenos  | 1  | 2  |
|  | 8   | Floripondio, peyote, san pedro o mezcalina   | 1  | 2  |
|  | 9   | LSD, ácido, trip, tripa o tripi  | 1  | 2  |
|  | 10  | Tranquilizantes sin receta médica (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, entre otros)                                   | 1  | 2  |
|  | 11  | Analgésicos sin receta médica (tramal, valium, ravotril, codeína, morfina, metadona, petidina entre otros)                     | 1  | 2  |
|  | 12  | Inhalables (neoprén, tolueno, éter, acetona, poppers, pinturas u otros)  | 1  | 2  |
|  | 13  | Estimulantes sin receta médica (anfetamimas, modafinilo o mentix, cidrín. ritalin, escansil, cylert, anfepramona, fenproporex) | 1  | 2  |
| 14   | Otros, ¿cuál? _____   | 1  | 2  |    |
| P111.  | <p><b>SIGAMOS ¿Y en los últimos 12 MESES, has consumido las siguientes sustancias...?</b></p> <p>PARA ESTA PREGUNTA SIGUE LAS MISMAS INSTRUCCIONES QUE SE TE INDICARON EN LA PREGUNTA ANTERIOR, PERO AHORA SÓLO CONSIDERA LOS ÚLTIMOS 12 MESES. NO DEJES ALTERNATIVAS SIN RESPONDER.</p> <p>Y RECUERDA QUE PUEDES AGREGAR ALGUNA OTRA SUSTANCIA QUE HAYAS CONSUMIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (PERO QUE NO ESTÉ EN EL LISTADO). ESTO LO PUEDES HACER EN LA OPCIÓN "OTROS", QUE ESTÁ UBICADA AL FINAL DEL LISTADO DE SUSTANCIAS.</p> |  |    |    |
|  | Sustancias  |  | SI | NO |
|  | 1   | Alcohol (cerveza, vino, pisco, ron u otro licor fuerte)  | 1  | 2  |
|  | 2   | Cigarrillo   | 1  | 2  |
|  | 3   | Marihuana  | 1  | 2  |
|  | 4   | Cocaína  | 1  | 2  |
|  | 5   | Pasta base   | 1  | 2  |
|  | 6   | Éxtasis, MDMA  | 1  | 2  |
|  | 7   | Hongos alucinógenos  | 1  | 2  |
|  | 8   | Floripondio, peyote, san pedro o mezcalina   | 1  | 2  |
|  | 9   | LSD, ácido, trip, tripa o tripi  | 1  | 2  |
|  | 10  | Tranquilizantes sin receta médica (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, entre otros)                                   | 1  | 2  |
|  | 11  | Analgésicos sin receta médica (tramal, valium, ravotril, codeína, morfina, metadona, petidina entre otros)                     | 1  | 2  |
|  | 12  | Inhalables (neoprén, tolueno, éter, acetona, poppers, pinturas u otros)  | 1  | 2  |
|  | 13  | Estimulantes sin receta médica (anfetamimas, modafinilo o mentix, cidrín. ritalin, escansil, cylert, anfepramona, fenproporex) | 1  | 2  |
| 14   | Otros, ¿cuál? _____   | 1  | 2  |    |



|       |   |  |
|-------|---|--|
| P114. | <b>¿Consumiste cigarrillos la semana pasada?</b> (MARCA CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE). SI TU RESPUESTA ES "NO", MÁRCALA Y LUEGO PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA P116.  | SI1<br>NO2                                     |
| P115. | CONTESTA SÓLO SI RESPONDISTE QUE SÍ A LA PREGUNTA ANTERIOR, ES DECIR, SI FUMASTE LA SEMANA PASADA: <b>Más o menos, ¿Cuántos cigarrillos DIARIOS fumaste en estos últimos 7 días?</b> (SI FUMAS IRREGULARMENTE, CONSIDERA UN DÍA TÍPICO) | Nº DE CIGARRILLOS AL DÍA (ANOTAR): <div></div> |

|       |  |  |                      |                         |                    |                   |                             |  |
|-------|--|--|----------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|--|
| P116. | PIENSA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES Y LEE CADA UNA DE LAS 5 SITUACIONES QUE SE TE PLANTEAN A CONTINUACIÓN. POR FAVOR RESPONDE CADA CUÁNTO TIEMPO TE HAN SUCEDIDO ESTAS SITUACIONES DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES. EN CASO DE QUE NUNCA TE HAYA OCURRIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES, POR FAVOR MARCA LA OPCIÓN "NUNCA ME HA SUCEDIDO" (QUE TIENE EL NÚMERO 1 EN LA SIGUIENTE TABLA). |  |                      |                         |                    |                   |                             |  |
|       | <b>Pensando en los últimos 12 meses, ¿cada cuánto tiempo te han sucedido las siguientes situaciones...?</b>  |  |                      |                         |                    |                   |                             |  |
|       |  |  | Nunca me ha sucedido | Menos de una vez al mes | 1 o 2 veces al mes | 1 vez a la semana | Todos o casi todos los días |  |
|       | 1  | Has perdido la memoria o la consciencia luego de haber consumido alcohol   | 1                    | 2                       | 3                  | 4                 | 5                           |  |
|       | 2  | Te has subido a un vehículo motorizado conducido por una persona que haya consumido alcohol  | 1                    | 2                       | 3                  | 4                 | 5                           |  |
|       | 3  | Has perdido la noción de la realidad luego del consumo de drogas y/o estupefacientes como marihuana o cocaína entre otros)                         | 1                    | 2                       | 3                  | 4                 | 5                           |  |
|       | 4  | Has participado en alguna riña o pelea en un lugar público (discotheque, estadio, pub, fiesta, etc.) luego del consumo de alcohol y/o alguna droga | 1                    | 2                       | 3                  | 4                 | 5                           |  |
| 5     | Has conducido un vehículo motorizado luego de haber consumido alcohol  | 1  | 2                    | 3                       | 4                  | 5                 | NO MANEJO 97                |  |

| MODULO II: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| P117.   | ¿Te has iniciado sexualmente, es decir, has tenido relaciones sexuales con penetración? (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA)  |  | SI<br>NO  | 1<br>2                                    |
| P118.   | ¿Has practicado alguna vez sexo oral? (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA)  |  | SI<br>NO  | 1<br>2                                    |
| P119.   | ¿Has practicado alguna vez sexo anal? (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA)  |  | SI<br>NO  | 1<br>2                                    |
| P120.   | ¿Cuál es tú orientación sexual? (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA)  |  | Heterosexual<br>Homosexual<br>Bisexual<br>Todavía en exploración, aún no me he definido   | 1<br>2<br>3<br>4                          |
| POR FAVOR, RESPONDE LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO SI TE HAS INICIADO SEXUALMENTE, ES DECIR SI MARCASTE LA ALTERNATIVA "SI" EN LA PREGUNTA P117. |  |  |   |   |
| SI MARCASTE LA ALTERNATIVA "NO" EN LA PREGUNTA P117, ES DECIR, NO TE HAS INICIADO SEXUALMENTE, POR FAVOR VE DIRECTO HASTA LA PREGUNTA P132. |  |  |   |   |
| P121.   | ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual con penetración?  |  | EDAD (ANOTAR): <input type="text"/>   |   |
| P122.   | ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual? (MARCA SÓLO UNA ALTERNATIVA)  |  | Andante<br>Pololo(a)<br>Amigo(a)<br>Esposo(a)<br>Conviviente<br>Trabajador(a) sexual<br>Recién conocido(a)<br>Familiar<br>Otro, ¿Quién? _____ | 1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6<br>7<br>8<br>9 |
| P123.   | <b>¿Qué método(s) anticonceptivo(s) usaste tú o tu pareja en tu PRIMERA relación sexual?</b>   |  |   |   |
|   | SI NO USARON NINGÚN MÉTODO, MARCA "NO" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS.  |  |   |   |
|   | POR FAVOR NO DEJES ALTERNATIVAS SIN RESPONDER, Y RECUERDA QUE PUEDES MARCAR "SÍ" EN MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEL LISTADO (EN CASO DE QUE HAYAS UTILIZADO MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL).Y SI USARON OTRO MÉTODO QUE NO APARECE EN EL LISTADO, POR FAVOR ANÓTALO EN LA ALTERNATIVA "OTRO MÉTODO", QUE ESTÁ UBICADA AL FINAL DE LA SIGUIENTE TABLA. |  |   |   |
|   |  |  | SI  | NO  |
|   | 1  | Condón o preservativo  | 1   | 2   |
|   | 2  | DIU (dispositivo intrauterino)                               | 1   | 2   |
|   | 3  | Píldora anticonceptiva                                       | 1   | 2   |
|   | 4  | Píldora del día después                                      | 1   | 2   |
|   | 5  | Inyectables (hormonas)                                       | 1   | 2   |
|   | 6  | Implantes subdérmicos (hormonas)                             | 1   | 2   |
|   | 7  | Coito interrumpido   | 1   | 2   |
|   | 8  | Métodos naturales (temperatura basal, método de billing etc) | 1   | 2   |
|   | 9  | Se practicó esterilización femenina                          | 1   | 2   |
|   | 10   | Se practicó esterilización masculina                         | 1   | 2   |
| 11  | Anillo vaginal   | 1  | 2   |   |
| 12  | Parche anticonceptivo  | 1  | 2   |   |
| 13  | Otro método, ¿Cuál? _____  | 1  | 2   |   |

|       |  |  |    |    |
|-------|--|--|----|----|
| P124. | <b>¿Qué método anticonceptivo usaste tú o tu pareja en tu ÚLTIMA relación sexual?</b>  |  |    |    |
|       | SI NO USARON NINGÚN MÉTODO, MARCA “NO” EN TODAS LAS ALTERNATIVAS.  |  |    |    |
|       | POR FAVOR NO DEJES ALTERNATIVAS SIN RESPONDER, Y RECUERDA QUE PUEDES MARCAR “SÍ” EN MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEL LISTADO (EN CASO DE QUE HAYAS UTILIZADO MÁS DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN TU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL).   |  |    |    |
|       | Y SI USARON OTRO MÉTODO QUE NO APARECE EN EL LISTADO, POR FAVOR ANÓTALO EN LA ALTERNATIVA “OTRO MÉTODO”, QUE ESTÁ UBICADA AL FINAL DE LA SIGUIENTE TABLA.  |  |    |    |
|       |  |  | SI | NO |
|       | 1  | Condón o preservativo  | 1  | 2  |
|       | 2  | DIU (dispositivo intrauterino)                               | 1  | 2  |
|       | 3  | Píldora anticonceptiva                                       | 1  | 2  |
|       | 4  | Píldora del día después                                      | 1  | 2  |
|       | 5  | Inyectables (hormonas)                                       | 1  | 2  |
|       | 6  | Implantes subdérmicos (hormonas)                             | 1  | 2  |
|       | 7  | Coito interrumpido   | 1  | 2  |
|       | 8  | Métodos naturales (temperatura basal, método de billing etc) | 1  | 2  |
|       | 9  | Se practicó esterilización femenina                          | 1  | 2  |
| 10    | Se practicó esterilización masculina   | 1  | 2  |    |
| 11    | Anillo vaginal   | 1  | 2  |    |
| 12    | Parche anticonceptivo  | 1  | 2  |    |
| 13    | Otro método, ¿Cuál?  | 1  | 2  |    |
| P125. | RESPONDE ESTA PREGUNTA <u>SÓLO SI NO USASTE</u> ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN TU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. <b>En tu última relación sexual, ¿Por qué razón o razones no usaste algún método anticonceptivo?</b> (MARCA LA ALTERNATIVA “SÍ” O “NO” PARA CADA UNA DE LAS RAZONES, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN “OTRA”) |  |    |    |
|       |  |  | SI | NO |
|       | 1  | No conoces o no sabes usar ningún método                     | 1  | 2  |
|       | 2  | No te atreviste a sugerirlo a la pareja                      | 1  | 2  |
|       | 3  | No te gusta usar ninguno de los métodos que conoces          | 1  | 2  |
|       | 4  | Tu pareja no quería usar ningún método                       | 1  | 2  |
|       | 5  | Quería tener un/a hijo/a – quedar embarazada                 | 1  | 2  |
|       | 6  | Lo solicité en un consultorio y no me lo dieron              | 1  | 2  |
|       | 7  | No tuve dinero para comprarlo                                | 1  | 2  |
|       | 8  | Tengo pareja estable   | 1  | 2  |
| 9     | Otra, ¿Cuál?   | 1  | 2  |    |
| P126. | RESPONDE ESTA PREGUNTA <u>SÓLO SI USASTE</u> CONDÓN EN TU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL. EN CASO CONTRARIO, POR FAVOR PASA DIRECTAMENTE A LA P127.  |  |    |    |
|       | <b>En tu última relación sexual, ¿Por qué razón o razones usaste condón?</b> (MARCA LA ALTERNATIVA “SÍ” O “NO” PARA CADA UNA DE LAS RAZONES, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN “OTRA”)   |  |    |    |
|       |  |  | SI | NO |
|       | 1  | Prevenir un embarazo   | 1  | 2  |
|       | 2  | Proteger del VIH/SIDA  | 1  | 2  |
| 3     | Proteger de otras enfermedades de transmisión sexual   | 1  | 2  |    |
| 4     | Otra, ¿Cuál?   | 1  | 2  |    |

|   |  |   |                         |                            |                          |
|---|--|---|-------------------------|----------------------------|--------------------------|
| P127.   | <b>¿Con quién tuviste tu ÚLTIMA relación sexual?</b> (MARCA SÓLO UNA ALTERNATIVA).   | Andante 1<br>Pololo(a) 2<br>Amigo(a) 3<br>Esposo(a) 4<br>Conviviente 5<br>Trabajador(a) sexual 6<br>Recién conocido(a) 7<br>Familiar 8<br>Otro, ¿Quién? _____ 9 |                         |                            |                          |
| POR FAVOR RESPONDA ESTAS PREGUNTAS  |  |   |                         |                            |                          |
| P128.   | <b>¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses?</b> (ANOTA NÚMERO DE PERSONAS. SI NO HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ANOTA EL NÚMERO "0")  | Nº DE PERSONAS (ANOTAR): <input type="text"/>   |                         |                            |                          |
| P129.   | <b>¿Te ha tocado vivir un embarazo no planificado con alguna pareja o con alguien con quien hayas tenido relaciones sexuales alguna vez?</b><br><br>SI TU RESPUESTA ES "NO", MÁRCALA Y LUEGO PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA P132  | SI 1<br><br>NO 2  |                         |                            |                          |
| P130.   | CONTESTA SÓLO SI TE HA TOCADO VIVIR UN EMBARAZO NO PLANIFICADO<br><br><b>¿Qué edad tenías tú cuando te tocó vivir a tí o a tu pareja un embarazo no planificado?</b> (SI HAS VIVIDO MÁS DE UN EMBARAZO NO PLANIFICADO, ANOTA LA EDAD QUE TENÍAS CUANDO OCURRIÓ EL PRIMERO) | EDAD (ANOTAR): <input type="text"/>   |                         |                            |                          |
| P131.   | CONTESTA ESTA PREGUNTA SÓLO SI ERES MUJER<br><br><b>¿Te has hecho o inducido algún aborto?</b> (NO CONSIDERAR ABORTO ESPONTÁNEO O PÉRDIDA NATURAL)   | SI 1<br><br>NO 2  |                         |                            |                          |
| POR FAVOR RESPONDE ESTA SECCIÓN HAYAS O NO HAYAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN |  |   |                         |                            |                          |
| P132.   | <b>Indica si tú crees que el VIH SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas</b> (MARCA PARA CADA PRÁCTICA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA. NO DEJES ITEMS SIN RESPONDER)   |   |                         |                            |                          |
|   |  |   | SI, SE PUEDE TRANSMITIR | NO, NO SE PUEDE TRANSMITIR | NO SÉ, NO ESTOY SEGURO/A |
|   | 1  | Compartiendo objetos cortantes con personas que viven con VIH/SIDA (cuchillos, gilette, tijeras)  | 1                       | 2                          | 3                        |
|   | 2  | Compartiendo comida con personas que viven con VIH/SIDA   | 1                       | 2                          | 3                        |
|   | 3  | Teniendo relaciones sexuales sin usar condón con personas que viven con VIH/SIDA  | 1                       | 2                          | 3                        |
|   | 4  | Bañándose en piscinas públicas con personas que viven con VIH/SIDA  | 1                       | 2                          | 3                        |
|   | 5  | Compartiendo baños públicos con personas portadores de VIH/SIDA   | 1                       | 2                          | 3                        |
| P133.   | <b>¿Te has realizado alguna vez el test del SIDA?</b> (MARCA SÓLO UNA ALTERNATIVA)<br><br>SI TU RESPUESTA ES "NO", MÁRCALA Y LUEGO PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA P135  |   | SI 1<br><br>NO 2        |                            |                          |

|       |  |   |
|-------|--|---|
| P134. | CONTESTA SÓLO SI TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA<br><b>¿Cuál es la principal razón por la que te hiciste el test del SIDA?</b> (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA)   | <div>Porque estuve expuesto a una situación de riesgo1</div> <div>Por mayor tranquilidad2</div> <div>Por inicio de una nueva relación de pareja3</div> <div>Por donación de sangre4</div> <div>Por control de embarazo5</div> <div>Por una hospitalización/Cirugía6</div> <div>Otro, ¿Cuál? _____7</div>  |
| P135. | CONTESTA SÓLO SI NO TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA<br><b>Respecto del Test del SIDA, ¿Cuál es la principal razón por la que NO te has realizado el test del SIDA?</b> (MARCA <u>SÓLO</u> UNA ALTERNATIVA) | <div>Mantengo pareja única, pareja estable1</div> <div>No se me había ocurrido o no había tenido la oportunidad2</div> <div>Falta de información3</div> <div>Por temor o vergüenza4</div> <div>No quiero5</div> <div>Uso de condón6</div> <div>No me lo han pedido7</div> <div>Es muy caro, no tengo dinero8</div> <div>No tengo relaciones sexuales/No me he iniciado sexualmente9</div> <div>Otro, ¿Cuál? _____10</div> |

| MODULO III: SALUD MENTAL |   |   |  |  |              |              |              |               |              |         |
|--------------------------|---|---|--|--|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------|
| P136.                    | Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te has encontrado en las siguientes situaciones?   |   |  |  |              | Nunca        | Rara vez     | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|                          | 1   | Sentirte con dificultades para dormir                       |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
|                          | 2   | Sentirte con pocas ganas de hacer cosas                     |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
|                          | 3   | Sentirte incapaz de tomar decisiones                        |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
|                          | 4   | Sentirte que no puedes superar tus problemas o dificultades |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
|                          | 5   | Sentirte con poca confianza en ti mismo                     |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
|                          | 6   | Sentirte con ganas de terminar con tu vida o suicidarte     |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            | 5       |
| P137.                    | Durante las últimas 4 semanas, ¿te has sentido la mayor parte del tiempo triste, desanimado(a) o deprimido(a)? (MARCA SÓLO UNA ALTERNATIVA)                                   |   |  |  |              | SI 1         |              |               |              |         |
|                          |   |   |  |  |              | NO 2         |              |               |              |         |
| P138.                    | ¿Recibes actualmente algún tratamiento psicológico o farmacológico para tratar algún problema de salud mental, tal como depresión, ansiedad u otro? (MARCA UNA ALTERNATIVA)   |   |  |  |              | SI 1         |              |               |              |         |
|                          |   |   |  |  |              | NO 2         |              |               |              |         |
| P139.                    | Si quisieras o necesitaras recibir atención psicológica profesional, ¿qué tan posible sería para ti o tu familia costear esa atención por un periodo prolongado de tiempo...? |   |  |  |              |              |              |               |              |         |
|                          |   |   |  |  | Nada posible | Poco posible | Algo posible | Muy posible   |              |         |
|                          | 1   | Consultas médicas con un psicólogo o psiquiatra             |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            |         |
|                          | 2   | Medicamentos para un tratamiento psicológico o psiquiátrico |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            |         |
|                          | 3   | Exámenes solicitados por un psiquiatra                      |  |  |              | 1            | 2            | 3             | 4            |         |



| MODULO IV: VIOLENCIA  |  |   |    |    |    |
|---|--|---|----|----|----|
| Ahora quisiéramos saber tu opinión sobre la violencia, considerando a la violencia como la intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otro tipo. |  |   |    |    |    |
| P140.   | ¿Has sido víctima de violencia física en alguna de estas situaciones?(MARCA PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE. NO DEJES ITEMS SIN RESPONDER)  |   |    | SI | NO |
|   | 1  | En alguna situación de conflicto con un familiar (excluida la pareja)   |    | 1  | 2  |
|   | 2  | En alguna situación de conflicto con algún/a amigo/a o conocido/a   |    | 1  | 2  |
|   | 3  | En el lugar de trabajo  |    | 1  | 2  |
|   | 4  | En la escuela o lugar de estudios   |    | 1  | 2  |
|   | 5  | Con un desconocido en un lugar público  |    | 1  | 2  |
|   | P141.  | ¿Has sido víctima de violencia psicológica en alguna de estas situaciones? (MARCA PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE. NO DEJES ITEMS SIN RESPONDER) |    |    | SI |
|   |  |   |    | SI | NO |
| 1   |  | En alguna situación de conflicto con un familiar (excluida la pareja)   |    | 1  | 2  |
| 2   |  | En alguna situación de conflicto con algún/a amigo/a o conocido/a   |    | 1  | 2  |
| 3   |  | En el lugar de trabajo  |    | 1  | 2  |
| 4   |  | En la escuela o lugar de estudios   |    | 1  | 2  |
| 5   |  | Con un desconocido en un lugar público  |    | 1  | 2  |
| P142.   | ¿Actualmente tienes pareja? (MARCA SÓLO UNA ALTERNATIVA)   |   | SI | 1  |    |
|   | SI TU RESPUESTA ES "NO", MÁRCALA Y PASA A LA PREGUNTA P146.  |   | NO | 2  |    |
| P143.   | CONTESTA SÓLO SI TIENES PAREJA: Aunque sea una sola vez, ¿Se han dado alguna de las siguientes situaciones en tu relación de pareja actual? (MARCA PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE) |   |    | SI | NO |
|   | 1  | Violencia física  |    | 1  | 2  |
|   | 2  | Violencia psicológica   |    | 1  | 2  |
|   | 3  | Violencia sexual  |    | 1  | 2  |
|   |  |   |    |    |    |
| P144.   | CONTESTA SÓLO SI TIENES PAREJA:Por favor responde sí o no a las siguientes preguntas respecto al comportamiento de tu pareja contigo(MARCA PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE)         |   |    | SI | NO |
|   | 1  | ¿Controla tus salidas, horarios o apariencia?   |    | 1  | 2  |
|   | 2  | ¿Alguna vez te pegó, empujó, zamarreó?  |    | 1  | 2  |
|   | 3  | ¿Descalifica lo que dices, haces o sientes?   |    | 1  | 2  |
|   | 4  | ¿Trata de alejarte de tus amigas y amigos?  |    | 1  | 2  |
|   | 5  | ¿Controla tus gastos y del dinero que dispones?   |    | 1  | 2  |
|   | 6  | ¿Revisa tu celular, tu correo o tu Facebook sin tu consentimiento?  |    | 1  | 2  |
|   | 7  | ¿Te presiona para tener relaciones sexuales?  |    | 1  | 2  |
|   | 8  | ¿Te ignora o es indiferente?  |    | 1  | 2  |
|   |  |   |    |    |    |

|  |  |   |   |    |    |
|--|--|---|---|----|----|
| P145.  | CONTESTA SÓLO SI TIENES PAREJA: <b>Por favor responde sí o no a las siguientes preguntas respecto a tu comportamiento con tu pareja</b> (MARCA PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE) |   |   | SI | NO |
|  | 1  | ¿Le controlas sus salidas, horarios o apariencia a tu pareja?                                 | 1 | 2  |    |
|  | 2  | ¿Le has empujado, zamarreado o golpeado alguna vez?   | 1 | 2  |    |
|  | 3  | ¿Descalificas lo que dice, hace o siente tu pareja?   | 1 | 2  |    |
|  | 4  | ¿Tratas de alejarla o alejarlo de sus amigas y amigos?  | 1 | 2  |    |
|  | 5  | ¿Controlas sus gastos y el dinero del que dispone?  | 1 | 2  |    |
|  | 6  | ¿Revisas su celular, su correo o su Facebook sin su consentimiento?                           | 1 | 2  |    |
|  | 7  | ¿Presionas a tu pareja para tener relaciones sexuales?  | 1 | 2  |    |
|  | 8  | ¿Ignoras a tu pareja o eres indiferente con ella?   | 1 | 2  |    |
| Ahora quisiéramos saber tu opinión sobre el cyberbullying o acoso cibernético, considerando el cyberbullying como una intimidación, acoso o amenaza mediante medios electrónicos, principalmente, vía Internet o teléfono celular, por parte de un grupo o un individuo a una víctima que no puede defenderse fácilmente por sí misma. |  |   |   |    |    |
| P146.  | ¿En los últimos 12 meses has sufrido alguno de los siguientes tipos de cyberbullying o acoso cibernético?  |   |   | Si | No |
|  |  |   |   |    |    |
|  | 1  | Ofensivos mensajes de texto, whatsapp u otros servicios de mensajería recibidos en el celular | 1 | 2  |    |
|  | 2  | Difusión de fotografías o videos vergonzosos donde apareces a través de redes sociales        | 1 | 2  |    |
|  | 3  | Llamadas acosadoras al teléfono móvil o celular   | 1 | 2  |    |
|  | 4  | Mensajes de correo electrónico insultantes o amenazantes                                      | 1 | 2  |    |
|  | 5  | Conversaciones en grupos de chat en las que se expresan frases ofensivas en contra tuyo       | 1 | 2  |    |
|  | 6  | Páginas web donde se burlan de ti, o se descarga información personal sin tu permiso          | 1 | 2  |    |

**¡MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER ESTA ENCUESTA!**

**AHORA POR FAVOR PON ESTE CUESTIONARIO EN EL SOBRE Y SE LO ENTREGAS A LA PERSONA QUE REALIZA LA ENCUESTA**