

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

0.1	Fecha	__ __ / __ __ / 2016 (SAQDESTAR) (día) (mes) (año)
------------	--------------	--

DATOS DEL TRABAJADOR DE CAMPO

0.2	Nombre y Apellidos: _____ Firma: _____	Código: [__ __] (SAQDEIDR5)
0.3	Hora de inicio: __ __ : __ __ (SAQSTRR5)	

ASENTIMIENTO / CONSENTIMIENTO VERBAL DEL JOVEN

Nosotros ya te hemos hecho muchas preguntas, pero hay otros temas sobre los cuales te quisiéramos preguntar. Es probable que te sientas incómodo al hablar de estos temas como por ejemplo el consumo de cigarrillos, de alcohol, etc.

Como sólo nos interesa conocer lo que piensan los jóvenes como tú, no necesitamos saber tu nombre, por eso hemos diseñado un cuestionario para ser respondido de manera anónima. Te tomará aproximadamente unos 15 minutos, estarás y responderás tú solo, lejos de otras personas y con la seguridad de que la información que escribas será absolutamente confidencial y anónima.

Tu participación respondiendo este cuestionario nos dará información muy importante sobre los problemas y necesidades, en diferentes aspectos de la vida, de los jóvenes como tú, por ello tus respuestas deberán ser reales, basadas en lo que realmente piensas, sientes y/o haces.

No hay respuestas buenas o malas, correctas o equivocadas. **Si hay alguna pregunta que no quieras responder, podrás dejarla en blanco.** Si no entiendes alguna o necesitas ayuda, podrás preguntarle al encuestador que te dio el cuestionario. Una vez que hayas terminado de responder, pondrás el cuestionario dentro del sobre que se te entregó y lo cerrarás, así estarás seguro de que el encuestador no leerá tus respuestas.

Nombre del joven, tu decisión para participar es completamente voluntaria. Eso significa que si quieres puedes participar y llenar el cuestionario, y si no quieres no hay ningún problema. Igualmente, si aceptaste participar y en algún momento decides no continuar, también puedes hacerlo, esto no te perjudicará a ti ni a tu familia de ninguna manera.

*Encuestador pregunte y anote: **¿Tienes alguna pregunta?**

¿Deseas responder? Sí No (WNTANSR5)

Gracias por tu participación

Encuestador: Declaro que he cumplido con el proceso de Asentimiento / Consentimiento informando del Joven siguiendo el texto anterior.

Nombre: _____

Firma: _____

DNI: _____

Fecha: __ __ / __ __ / 2016 (SAQDINTR5)
 (día) (mes) (año)

Hora final: __ __ : __ __

(SAQSTTR5)

Fecha: __ / __ / 2016 (SAQDINTR5)
(día) (mes) (año)

Hora de inicio: __ : __ (SAQSTTR5)

Edad: _____ (SAQAGER5)

Sexo: Femenino (SAQGNDR5)
 Masculino

POR FAVOR LEE CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA Y MARCA (X) EN LA RESPUESTA QUE CORRESPONDE A TU CASO.

Sección 1

Esta parte del cuestionario es acerca del consumo de cigarrillos como por ejemplo Marlboro, Winston, Inca, etc.

1. ¿Cuántos de tus mejores amigos fuman cigarrillos por lo menos una vez al mes?

Marca (X) tu respuesta, sólo una

(FRNSMKR5)

- Todos mis amigos
- La mayoría de mis amigos
- Algunos pocos de mis amigos
- Ninguno de mis amigos

2. ¿Las siguientes personas fuman?

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Padres/tutores (SMKPRNR5)
- Hermanos (SMKSIBR5)
- Enamorado/ enamorada (SMKBOYR5)
- Tu mejor amigo (SMKFRNR5)
- Ninguno de ellos (SMKNONR5)

3. ¿Qué edad tenías cuando probaste un cigarrillo por primera vez?

Marca (X) tu respuesta, sólo una

(AGECIGR5)

- 13 años o menos
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- Nunca he fumado

4. ¿Actualmente, con qué frecuencia fumas cigarrillos?

Marca (X) tu respuesta, sólo una

(OFTSMKR5)

- Nunca fumo cigarros
- Todos los días
- Por lo menos una vez por semana
- Por lo menos una vez al mes
- Casi nunca

5. En los días que fumas, ¿cuántos cigarrillos fumas generalmente?

(NUMCIGR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Nunca fumo
- 1 cigarro o menos de un cigarro al día
- 2 a 5 cigarros por día
- 6 o más al día

Sección 2

Sabemos que en muchos lugares los jóvenes como tú son tratados muy mal o son golpeados por otras personas. La primera parte de este cuestionario tiene preguntas de cosas que te han pasado o que le han pasado a tus amigos.

6. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días llevaste un arma, como por ejemplo un cuchillo, para tu propia protección?

(CRYWPNR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- 1 día
- 2 a 3 días
- Más de 4 días
- Nunca

7. ¿Cuántos de tus mejores amigos han sido o son miembros de una pandilla?

(FRNGNGR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Todos mis amigos
- Casi todos mis amigos
- Algunos de mis amigos
- Ninguno de mis amigos

8. ¿Alguna vez has sido miembro de una pandilla?

(MEMGNGR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Sí
- No

9. ¿Alguna vez has sido arrestado por la policía o te han detenido por algún delito?

(ARRSTDR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Sí
- No

Sección 3

Muchas personas en el Perú toman bebidas alcohólicas como cerveza (Cristal, Cuzqueña, Arequipeña, Brahma, etc.) o licores como Pisco, whisky, cañazo, vino, masato, o chicha de jora. Las siguientes preguntas se refieren a tus experiencias con tomar bebidas alcohólicas.

Tomar alcohol no incluye beber unos pocos sorbos de vino en la iglesia o en ceremonias religiosas.

10. ¿Cuántos de tus mejores amigos toman licor por lo menos una vez al mes? (FRNALCR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Todos mis amigos
- La mayoría de mis amigos
- Algunos pocos de mis amigos
- Ninguno de mis amigos

11. ¿Con qué frecuencia tú tomas licor? (YOUALCR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Todos los días
- Una vez a la semana
- Una vez al mes
- Solo en ocasiones especiales (por ejemplo: matrimonios, fiestas, funerales, Navidad, Año Nuevo)
- Rara vez
- Nunca bebo

12. Cuando tú tomas licor, ¿generalmente qué cantidad tomas al día? (MCHALCR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Yo nunca tomo licor
- 1 vaso o menos de un vaso
- 2 vasos
- 3 o más vasos

13. ¿Alguna vez te has mareado por tomar demasiado licor? (DRKALCR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Yo nunca tomo licor
- Sí
- No

14. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas de estas cosas te sucedieron porque habías tomado licor?

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Yo nunca tomo licor (ALCNVRR5)
- Me metí en peleas o causé problemas (ALCFGHR5)
- Me sentí mareado o me caí (ALCSCKR5)
- Ninguna de estas cosas me ha pasado a mí (ALCNONR5)

15. **¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA** has consumido (utilizado/tomado/inhalado) alguna de estas sustancias?

En cada una que sea tu respuesta Marca (X) indicando cuántas veces y escribe la edad que tenías cuando la probaste por primera vez.

¿ALGUNA VEZ EN TU VIDA has consumido alguna de estas sustancias?	¿Cuántas veces?				¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez?
	Sí, Muchas veces	Sí, Algunas veces	Solo Una vez	No, Nunca	
1. Inhalantes (Terokal, gasolina, etc.) (TRDINHR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEINHR5)
2. Marihuana (TRDMARR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEMARR5)
3. Pasta Básica de Cocaína – PBC (TRDPBCR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEPBCR5)
4. Cocaína (TRDCOCR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGECOCR5)
5. Éxtasis (TRDEXTR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEEXTR5)
6. Metanfetaminas (TRDMTHR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEMTHR5)
7. Alucinógenos (san pedro, ayahuasca, etc.) (TRDHALR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEHALR5)
8. Otras drogas (crack, heroína, opio, ketamina, hachís, etc.) (TRDOTHR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ años (AGEOTHR5)

Sección 4

Muchos jóvenes de tu edad piensan mucho en el sexo; algunos ya han tenido relaciones sexuales. Se dice que dos personas tienen sexo cuando el hombre pone su pene dentro de la vagina de la mujer. Las siguientes preguntas son acerca de lo que tú sabes sobre el sexo.

16. En este cuadro hay algunas afirmaciones sobre sexo. Lee cada afirmación, decide si es 'Verdadera' o 'Falsa' y marca (X) tu respuesta. Si no estás seguro(a) marca 'No sé'.

Afirmaciones	Verdadero	Falso	No sé
1. Una mujer no se embaraza la primera vez que tiene sexo. (PRGFRSR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si una joven se lava después de tener sexo no quedará embarazada. (WSHAFTR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Usar condón puede prevenir el contagio de enfermedades a través del sexo. (USECNR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Una persona que parece saludable no puede contagiar enfermedades a otros a través del sexo. (LKSHLTR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Una persona puede contagiarse de VIH o SIDA teniendo sexo. (HIVSEXR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Recibiste clases de educación sexual en el colegio? (SEXEDUR5) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--

18. Las siguientes preguntas son sobre si has leído, escuchado o visto algo sobre planificación familiar en los últimos meses.

En los últimos meses:	Sí	No
1. ¿Has escuchado algo sobre planificación familiar en la radio? FMPRADR5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has visto algo sobre planificación familiar en la televisión? FMPTELR5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has leído sobre planificación familiar en alguna revista o periódico? FMPPAPR5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Has leído sobre planificación familiar en internet? FMPINTR5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Si quisieras obtener asesoramiento/consejo profesional y acceso a servicios de planificación familiar, ¿A dónde irías? (WHRADVR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Centro de Salud del Estado (MINSA, ESSALUD, Comité Local de Administración de Salud, etc.)
- Centro de Salud privado
- Organización no gubernamental - ONG (por ejemplo INPPARES, Flora Tristán, Manuela Ramos, APROPO, etc.)
- Farmacia
- La decisión se la dejo a mi enamorado/enamorada/esposo/esposa
- No necesito obtener asesoramiento o servicios de ese tipo
- No sé a dónde iría

20. Si tú quisieras conseguir un condón, ¿A dónde es más probable que irías? (WHRCNDR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Una tienda, bodega o vendedor ambulante
- Una farmacia
- A un Centro de Salud donde hay servicios de planificación familiar
- A un miembro de mi familia
- A mi enamorado / enamorada / pareja / esposo(a)
- Otro, por favor especifique dónde: _____
- No sé qué es un condón
- No sé dónde se consigue

21. Si tú quisieras conseguir algún otro método anticonceptivo, ¿A dónde es más probable que irías? (WHRCNDR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Una tienda, bodega o vendedor ambulante
- Una farmacia
- A un Centro de Salud donde hay servicios de planificación familiar
- A un miembro de mi familia
- A mi enamorado / enamorada / pareja / esposo(a)
- Otro, por favor especifique dónde: _____
- No sé qué es un método anticonceptivo
- No sé dónde se consigue

22. ¿Cuántos de tus mejores amigos ha tenido sexo?

(FRDSEXR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Todos mis amigos
- La mayoría de mis amigos
- Algunos pocos de mis amigos
- Ninguno de mis amigos
- No sé

23. ¿Alguna vez has tenido una relación romántica con alguien?

(ROMRELR5)

- No
- Sí
- Sí, con más de una persona

24. ¿Alguna vez te han besado o acariciado?

(KISPETR5)

- No
- Sí, una persona
- Sí, más de una persona

25. ¿Qué edad tenías cuando tuviste sexo por primera vez?

(AGESEXR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- 13 años o menos
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- Nunca he tenido sexo

26. ¿Con cuántas personas has tenido sexo ALGUNA VEZ? Esto incluye cualquier persona con la que tuviste sexo, incluso si sólo fue una vez o si no conoces muy bien a esa persona.

(NUMPRTR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Ninguna
- Una
- Dos
- Tres
- Cuatro o más

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

27. **La primera vez que tuviste sexo, ¿qué hiciste para prevenir/evitar salir embarazada o que tu pareja salga embarazada o para prevenir/evitar contagiarte de alguna enfermedad sexual?**

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Nunca he tenido sexo (FNVRSXR5)
- Usar condón (FCONDMR5)
- Tomar infusión (mate) de yerbas (FDRINFR5)
- Usar píldora regular (FMPLLR5)
- Usar la píldora del día siguiente (FMRAFTR5)
- Usar inyecciones para evitar el embarazo (FUSINJR5)
- No sé si usamos un método (FDNKNWR5)
- No usé (usamos) ningún método (FNTUSER5)
- Otro, por favor especifique: (FSPCMRR5) (FOTMTDR5)

28. **Actualmente, ¿qué haces para prevenir/evitar salir embarazada o que tu pareja salga embarazada o para prevenir/evitar contagiarte de enfermedades sexuales?**

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Nunca he tenido sexo (UNVRSXR5)
- Usar condón (UCONDMR5)
- Tomar infusión (mate) de yerbas (UDRINFR5)
- Usar píldora regular (UMPLLR5)
- Usar la píldora del día siguiente (UMRAFTR5)
- Usar inyecciones para evitar el embarazo (UUSINJR5)
- No sé si usamos un método (UDNKNWR5)
- No usé (usamos) ningún método (UNTUSER5)
- Otro, por favor especifique: (USPCMR5) (UOTMTDR5)

29. **La última vez que tuviste sexo, ¿qué hiciste para prevenir/evitar salir embarazada o que tu pareja salga embarazada o para prevenir/evitar contagiarte de enfermedades sexuales?**

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Nunca he tenido sexo (NVRSEXR5)
- Usar condón (CONDOMR5)
- Tomar infusión (mate) de yerbas (DRKINFR5)
- Usar píldora regular (PLLREGR5)
- Usar la píldora del día siguiente (MRNAFTR5)
- Usar inyecciones para evitar el embarazo (USEINJR5)
- No sé si usamos un método (DNTKNWR5)
- No usé (usamos) ningún método (NOTUSER5)
- Otro, por favor especifique: (SPCMRDR5) (OTHMTDR5)

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

30. ¿Alguna vez en tu vida has tenido sexo estando mareado(a), ebrio(a), borracho(a)? (DRKSEXR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Nunca he tenido sexo
- Sí, una vez
- Sí, más de una vez
- Nunca

31. Cuando tú y tu pareja tuvieron relaciones sexuales, ¿Cuántas veces usaron algún método Anticonceptivo o para prevenir/evitar el embarazo?

(NMUSCNR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Nunca he tenido sexo
- Todas las veces
- La mayoría de las veces
- Algunas veces
- Ninguna de las veces

32. ¿Dirías que la decisión de utilizar o no anticonceptivos es principalmente tuya, es principalmente de tu pareja o los dos deciden juntos? (DCUSCNR5)

Marca (X) tu respuesta, sólo una

- Nunca he tenido sexo
- Principalmente mi decisión
- Principalmente decisión de mi pareja
- Decidimos juntos
- Otro, especifique: _____

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Sección 5

Esta parte del cuestionario se trata sobre las tristezas y otras dificultades que muchas personas experimentan alguna vez en su vida.

33. Según vayas contestando, piensa en cómo han sido las cosas para ti en los últimos 6 meses. Sería excelente si contestaras todas las preguntas aunque no estés seguro(a) de la respuesta o la pregunta te parezca tonta.

Marca (X) en el recuadro que representa tu respuesta

AFIRMACIONES	Verdadero	Más o menos	Falso
1. Me preocupo demasiado. → (WRYLOTR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo muchos dolores de cabeza, de estómago o enfermedades. → (HEADACR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frecuentemente me siento infeliz, triste o con ganas de llorar. → (UNHPPYR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento nervioso en situaciones nuevas. → (NRVSITR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo muchos temores, me asusto fácilmente. → (MNYFERR5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 6

Sabemos que en muchos lugares los jóvenes como tú son tratados muy mal o son golpeados por otras personas.

34. ¿Cuántos de tus mejores amigos alguna vez han sido golpeados o heridos físicamente?

Marca (X) tu respuesta, sólo una

(FRNBTR5)

- Todos mis amigos
- La mayoría de mis amigos
- Algunos pocos de mis amigos
- Ninguno de mis amigos

35. ¿Alguna vez has sido golpeado o herido físicamente de alguna forma por las siguientes personas?

Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta

- Alguien de tu familia (BFAMLYR5)
- Enamorado/enamorada (BBYFRNR5)
- Un extraño (BSTRNGR5)
- Amigo/amiga (BFRNDR5)
- Profesor/profesora (BTEACHR5)
- Esposo/esposa (SPOUSR5)
- Empleador/jefe (BEMPLYR5)
- Nunca me han golpeado o herido físicamente (BNEVERR5)

36.	¿Alguna de las siguientes personas ha hecho comentarios o te ha puesto apodos por tu cuerpo o personalidad, te ha ignorado o te ha excluido deliberadamente de actividades, ha puesto a otros en tu contra, te ha humillado/insultado o te ha encerrado en un cuarto/baño? Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta	
00	Nunca he sido víctima de violencia verbal (CMNEVRR5)	<input type="checkbox"/>
01	Enamorado(a) / Pareja / Esposo(a) (CMSPSER5)	<input type="checkbox"/>
02	Madre (CMMTHR5)	<input type="checkbox"/>
03	Padre (CMFTHR5)	<input type="checkbox"/>
04	Hermano (CMBRTHR5)	<input type="checkbox"/>
05	Hermana (CMSISTR5)	<input type="checkbox"/>
06	Otro pariente hombre (CMMLRLR5)	<input type="checkbox"/>
07	Otro pariente mujer (CMFMRLR5)	<input type="checkbox"/>
08	Un compañero de estudios (CMMLSTR5)	<input type="checkbox"/>
09	Una compañera de estudios (CMFLSTR5)	<input type="checkbox"/>
10	Un maestro/profesor (CMMLTCR5)	<input type="checkbox"/>
11	Una maestra/profesora (CMFLTCR5)	<input type="checkbox"/>
12	Un conocido (CMOTMLR5)	<input type="checkbox"/>
13	Una conocida (CMOTFLR5)	<input type="checkbox"/>
14	Un extraño (CMUNMLR5)	<input type="checkbox"/>
15	Una extraña (CMUNFLR5)	<input type="checkbox"/>
16	Otro (CMOTHRR5)	<input type="checkbox"/>

Sección 8

Esta última parte del cuestionario se trata sobre las cosas que te hacen sentir feliz.

37. ¿Qué te hace sentir feliz? Puedes marcar (X) varias de acuerdo a tu respuesta <input type="checkbox"/> Estar con mis amigos (HPYFRDR5) <input type="checkbox"/> Estar con mi familia (HPYFMYR5) <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio (por ejemplo jugar fútbol, bailar, etc.) (HPYSPTR5) <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ SPCHPY (HPYOTHR5)

***Por favor escribe.:**

- Fecha que terminaste de responder: ___ / ___ / 2016 (SAQENDDR5)

- Hora que terminaste de responder: ___ : ___ (SAQENDTR5)

Dobla el cuestionario, colócalo dentro del sobre, ciérralo y entrégalo a la persona que te lo dio.

Muchas gracias por ayudarnos con esta importante encuesta para jóvenes.