



ENCUESTA DE COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS 2012

Los datos que el DANE te solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y no se darán a conocer a nadie, sino únicamente en resúmenes estadísticos que no permiten deducir información de carácter individual.

Departamento: Municipio o ciudad:

Marca con una X la respuesta correcta.

Utiliza este tipo de número:

Marca así: No marques ni escribas en las casillas sombreadas

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Si la pregunta tiene números iguales en las opciones de respuesta, puedes seleccionar varias opciones, como se explica en el ejemplo.

Si la pregunta tiene diferentes números en las opciones de respuesta, debes seleccionar sólo una opción, como se explica en el ejemplo

¿Cuáles deportes practicas?

- a. Fútbol
- b. Baloncesto
- c. Voleibol
- d. Natación
- e. Tenis
- f. Otro

Puedes marcar varias opciones

¿Qué clase de programas de televisión te gustan más?

- a. Noticieros
- b. Novelas
- c. Películas
- d. Caricaturas

Marca una sola opción

En este capítulo encontrarás preguntas de información general.

CAPÍTULO A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Sexo:

- a. Hombre
- b. Mujer

2. A. ¿Cuántos años cumplidos tienes?

Años (Si solo vas a escribir un dígito, llena la primera casilla con un cero, 0)

2. B. ¿Cuál es tu mes de nacimiento?

Mes

3. ¿Con quién vives actualmente en tu hogar?

- a. Mamá
- b. Papá
- c. Padrastro
- d. Madrastra
- e. Pareja (esposo/a o compañero/a)
- f. Novio(a)
- g. Abuelos
- h. Hermanos(as) mayores
- i. Hermanos(as) menores
- j. Hermanastros(as)
- k. Hijos(as) tuyos(as)
- l. Otros(as) familiares
- m. Otras personas no familiares
- n. Nadie (vives solo/a)

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «Nadie (vives solo)» no marques otra opción

4. En total, ¿con cuántas personas vives actualmente?

(Si solo vas a escribir un dígito, llena la primera casilla con un cero, 0)

5. En tu habitación duermes:

- a. Solo(a)
- b. Con una persona más
- c. Con dos personas más
- d. Con tres o más personas

Marca una sola opción

CAPÍTULO A. CARACTERÍSTICAS GENERALES (conclusión)

6. ¿Cuáles servicios o bienes en uso posee tu hogar?

	Sí	No
a. Servicio de teléfono fijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Televisión por cable o antena parabólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Servicio de internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Estufa eléctrica o de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Horno eléctrico o de gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Horno microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Televisor a color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Teatro en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Equipo de sonido y/o microcomponente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Reproductores de video (Blue-ray disc, DVD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Reproductores de audio (IPOD, Mp3, Mp4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Consolas de videojuego (NINTENDO, WII, PLAY STATION, XBOX)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Tablet, PC (IPAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Computador para uso del hogar (portátiles, escritorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. Cámara digital fotográfica o de video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t. Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u. Motocicleta o carro particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marca cada opción con Sí o No

7. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por tu papá?

a. No ha estudiado	<input type="checkbox"/>
b. Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
c. Primaria completa	<input type="checkbox"/>
d. Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/>
e. Bachillerato completo	<input type="checkbox"/>
f. Estudios técnicos o tecnológicos	<input type="checkbox"/>
g. Estudios universitarios	<input type="checkbox"/>
h. Estudios de posgrado	<input type="checkbox"/>
i. No sabes	<input type="checkbox"/>

Marca una sola opción

8. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por tu mamá?

a. No ha estudiado	<input type="checkbox"/>
b. Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
c. Primaria completa	<input type="checkbox"/>
d. Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/>
e. Bachillerato completo	<input type="checkbox"/>
f. Estudios técnicos o tecnológicos	<input type="checkbox"/>
g. Estudios universitarios	<input type="checkbox"/>
h. Estudios de posgrado	<input type="checkbox"/>
i. No sabes	<input type="checkbox"/>

Marca una sola opción

9. ¿Actualmente tienes una relación afectiva o de pareja especial (por ejemplo: esposo[a], novio[a], amigo[a] con derechos, amigovio[a], etc.)?

Sí	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

A continuación encontrarás preguntas acerca de tu hogar y de las personas con quienes compartes tu vida.

CAPÍTULO B. ENTORNO SOCIAL

10. De lunes a domingo, cuando no estás en el colegio, ¿con quién o con quiénes compartes la mayor parte del tiempo?

a. Solo(a)	<input type="checkbox"/>
b. Papá	<input type="checkbox"/>
c. Mamá	<input type="checkbox"/>
d. Hermanos(as)	<input type="checkbox"/>
e. Padrastro	<input type="checkbox"/>
f. Madrastra	<input type="checkbox"/>
g. Amigos(as)	<input type="checkbox"/>
h. Otros familiares: abuelos(as), tíos(as), primos(as)	<input type="checkbox"/>
i. Tu pareja (esposo/a, compañero/a)	<input type="checkbox"/>
j. Tu novio(a)	<input type="checkbox"/>
k. Hijos(as)	<input type="checkbox"/>
l. Empleados(as) del servicio doméstico	<input type="checkbox"/>
m. Personas no familiares	<input type="checkbox"/>

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «Solo(a)» no marques otra opción

11. ¿Cómo calificas tu comunicación con cada una de las siguientes personas?

	Buena	Regular	Mala	No aplica
a. Papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mamá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hermanos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Padrastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Amigos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otros familiares: abuelos(as), tíos(as), primos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Tu pareja (esposo/a, compañero/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tu novio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Hijos(as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Empleados(as) del servicio doméstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Personas no familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marca solo una calificación para cada persona

Marca «No aplica» si no hay comunicación o si la persona no existe

CAPÍTULO B. ENTORNO SOCIAL (conclusión)

12. Principalmente, ¿qué hacen en tu hogar cuando se presentan problemas?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| a. Dialogan | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b. Se insultan, se gritan, se humillan | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c. Se golpean | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d. Se dejan de hablar | <input type="checkbox"/> | 4 |
| e. Van al psicólogo, orientador, etc. | <input type="checkbox"/> | 5 |
| f. Van a comisarías de familia, ICBF | <input type="checkbox"/> | 6 |
| g. No sabes porque siempre te escondes o te vas | <input type="checkbox"/> | 7 |
| h. Nada | <input type="checkbox"/> | 8 |

Marca una sola opción

13. ¿Cómo se enteran tus padres o personas mayores que te cuidan, de tus dificultades o problemas?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| a. Tú les cuentas por iniciativa propia | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b. Ellos te preguntan | <input type="checkbox"/> | 2 |
| c. Por otras personas | <input type="checkbox"/> | 3 |
| d. No se enteran | <input type="checkbox"/> | 4 |

Marca una sola opción

14. ¿Cómo te llaman la atención o te corrigen usualmente en tu hogar?

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| a. Te prohíben lo que te gusta | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b. Con puños o patadas | <input type="checkbox"/> | 1 |
| c. Palmadas, pellizcos, tirón de orejas | <input type="checkbox"/> | 1 |
| d. Golpes con objetos (correas, cables, palos, etc.) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| e. Te tratan con indiferencia, no te hablan | <input type="checkbox"/> | 1 |
| f. Con llamadas de atención, diálogo | <input type="checkbox"/> | 1 |
| g. Con gritos, amenazas, insultos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| h. Con cantaleta | <input type="checkbox"/> | 1 |
| i. De otra forma | <input type="checkbox"/> | 1 |
| j. No te llaman la atención | <input type="checkbox"/> | 2 |

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «No te llaman la atención» no marques otra opción

15. ¿Cuáles gustos o elecciones te respetan o toleran en tu hogar?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tu música | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tus amigos(as) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tu pareja (esposo/a, novia/a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Tu forma de vestir o presentación personal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Tu forma de organizar las cosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tu forma de pensar, ser o actuar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Tus reuniones, fiestas o paseos con amigos(as) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Tus programas de televisión o videos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Tus revistas o lecturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marca cada opción con Sí o No

16. En general, ¿de quiénes recibes malos tratos?

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Papá | <input type="checkbox"/> |
| b. Mamá | <input type="checkbox"/> |
| c. Hermanos(as) | <input type="checkbox"/> |
| d. Padrastro | <input type="checkbox"/> |
| e. Madrastra | <input type="checkbox"/> |
| f. Otros familiares: abuelos(as), tíos(as), primos(as) | <input type="checkbox"/> |
| g. Empleados(as) del servicio doméstico | <input type="checkbox"/> |
| h. Compañeros del colegio | <input type="checkbox"/> |
| i. Compañeras del colegio | <input type="checkbox"/> |
| j. Amigos u otros menores de edad | <input type="checkbox"/> |
| k. Amigas u otras menores de edad | <input type="checkbox"/> |
| l. Profesores(as) | <input type="checkbox"/> |
| m. Tu pareja (esposo/a, compañero/a) | <input type="checkbox"/> |
| n. Tu novio(a) | <input type="checkbox"/> |
| o. Otras personas | <input type="checkbox"/> |
| p. No recibes malos tratos | <input type="checkbox"/> |

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «No recibes malos tratos» no marques otra opción

En este capítulo encontrarás preguntas relacionadas con las actividades que haces con tu familia, amigos o compañeros del barrio, conjunto o colegio.

CAPÍTULO C. ACTIVIDADES

17. ¿Cuáles actividades realizas usualmente con los miembros de tu hogar?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tomar al menos una comida juntos diariamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Reuniones familiares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pasear | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Ir al cine o actividades culturales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Ir al parque, jugar, hacer deporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Asistir a celebraciones religiosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Leer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Hacer tareas escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Hacer labores del hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Ver televisión, películas o videos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Conversar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Marca cada opción con Sí o No

CAPÍTULO C. ACTIVIDADES (continuación)

18. De lunes a domingo, cuando no estás en el colegio, ¿cuáles de las siguientes actividades realizas?

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Ver televisión | <input type="checkbox"/> |
| b. Salir con amigos(as) de tu misma edad | <input type="checkbox"/> |
| c. Hacer oficios del hogar | <input type="checkbox"/> |
| d. Chatear | <input type="checkbox"/> |
| e. Navegar en internet | <input type="checkbox"/> |
| f. Escuchar música | <input type="checkbox"/> |
| g. Hablar por teléfono celular | <input type="checkbox"/> |
| h. Realizar algún deporte (escuelas deportivas o práctica libre) | <input type="checkbox"/> |
| i. Ir a fiestas y/o paseos | <input type="checkbox"/> |
| j. Ir a centros comerciales | <input type="checkbox"/> |
| k. Estar en la calle | <input type="checkbox"/> |
| l. Hacer cursos, actividades artísticas, ir a eventos culturales | <input type="checkbox"/> |
| m. Relacionarte con personas mayores de edad no familiares | <input type="checkbox"/> |
| n. Jugar videojuegos | <input type="checkbox"/> |
| o. Salir a jugar billar | <input type="checkbox"/> |
| p. Trabajar | <input type="checkbox"/> |
| q. Ir a tabernas, discotecas, etc. | <input type="checkbox"/> |
| r. Consumir licor o bebidas embriagantes | <input type="checkbox"/> |
| s. Asistir a actividades religiosas | <input type="checkbox"/> |
| t. Estudiar, hacer tareas | <input type="checkbox"/> |
| u. Estar con tu pareja (novio/a, esposo/a) | <input type="checkbox"/> |
| v. Otra actividad | <input type="checkbox"/> |

Puedes marcar varias opciones

19. ¿Cuáles son los principales temas de conversación con tus amigos y/o compañeros de colegio?

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Televisión, películas o videojuegos | <input type="checkbox"/> |
| b. Estudio u obligaciones del colegio | <input type="checkbox"/> |
| c. Juegos o actividades recreativas | <input type="checkbox"/> |
| d. Deportes | <input type="checkbox"/> |
| e. Fiestas o reuniones | <input type="checkbox"/> |
| f. Tu pareja (esposo/a, compañero/a) | <input type="checkbox"/> |
| g. Tu novio(a) | <input type="checkbox"/> |
| h. Hablar de los demás | <input type="checkbox"/> |
| i. Sexo | <input type="checkbox"/> |
| j. Música | <input type="checkbox"/> |
| k. Internet | <input type="checkbox"/> |
| l. Problemas personales | <input type="checkbox"/> |
| m. Otro | <input type="checkbox"/> |
| n. No hablo con ellos(as) | <input type="checkbox"/> |

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «No hablo con ellos(as)» no marques otra opción

20. ¿Has fumado cigarrillo?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> | Por iniciativa propia | <input type="checkbox"/> |
| | Por sugerencia de tus amigos | <input type="checkbox"/> |
| | Te obligaron | <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> | | |
- Si respondes NO, pasa a la pregunta 22

21. ¿Cada cuánto fumas?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| a. Todos los días | <input type="checkbox"/> |
| b. Varias veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| c. Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| d. Una vez al mes | <input type="checkbox"/> |
| e. De vez en cuando | <input type="checkbox"/> |
| f. Lo probaste una vez | <input type="checkbox"/> |

Marca una sola opción

22. ¿Has consumido licor u otras bebidas embriagantes?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> | Por iniciativa propia | <input type="checkbox"/> |
| | Por sugerencia de tus amigos | <input type="checkbox"/> |
| | Te obligaron | <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> | | |
- Si respondes NO, pasa a la pregunta 24

23. ¿Cada cuánto consumes licor o bebidas embriagantes?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| a. Todos los días | <input type="checkbox"/> |
| b. Varias veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| c. Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| d. Una vez al mes | <input type="checkbox"/> |
| e. De vez en cuando | <input type="checkbox"/> |
| f. Lo probaste una vez | <input type="checkbox"/> |

Marca una sola opción

24. ¿Has consumido marihuana?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sí <input type="checkbox"/> | Por iniciativa propia | <input type="checkbox"/> |
| | Por sugerencia de tus amigos | <input type="checkbox"/> |
| | Te obligaron | <input type="checkbox"/> |
| No <input type="checkbox"/> | | |
- Si respondes NO, pasa a la pregunta 26

25. ¿Cada cuánto consumes marihuana?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| a. Todos los días | <input type="checkbox"/> |
| b. Varias veces a la semana | <input type="checkbox"/> |
| c. Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> |
| d. Una vez al mes | <input type="checkbox"/> |
| e. De vez en cuando | <input type="checkbox"/> |
| f. La probaste una vez | <input type="checkbox"/> |

Marca una sola opción

CAPÍTULO C. ACTIVIDADES (conclusión)

26. De las siguientes sustancias psicoactivas, ¿cuáles has consumido y con qué frecuencia?

	Todos los días	Varias veces a la semana	Una vez a la semana	Una vez al mes	De vez en cuando	No la he consumido
a. Cocaína	1	2	3	4	5	9
b. Basuco	1	2	3	4	5	9
c. Éxtasis	1	2	3	4	5	9
d. Inhalables (bóxer, gasolina, popper, etc.)	1	2	3	4	5	9
e. Heroína	1	2	3	4	5	9
f. Hongos	1	2	3	4	5	9
g. LSD	1	2	3	4	5	9
h. Otra, ¿cuál?	1	2	3	4	5	9

Marca una respuesta para cada opción

Ahora te preguntaremos sobre aspectos referentes a tu sexualidad

CAPÍTULO D. COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES

27. ¿Sobre qué temas de educación para la sexualidad te han hablado en el colegio?

a. Métodos anticonceptivos	1
b. Enfermedades de transmisión sexual	1
c. Orientación sexual	1
d. Sexualidad y valores	1
e. Relaciones de noviazgo	1
f. Decisiones sexuales	1
g. Hábitos de autocuidado	1
h. Otro	1
i. No te acuerdas	2

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «No te acuerdas» no marques otra opción.

28. Usualmente ¿con quién o con quiénes hablas sobre sexualidad?

a. Papá	1
b. Mamá	1
c. Hermanos	1
d. Hermanas	1
e. Padrastro	1
f. Madrastra	1
g. Otros familiares	1
h. Tu pareja (esposo/a, compañero/a)	1
i. Tu novio(a)	1
j. Amigos o compañeros	1
k. Amigas o compañeras	1
l. Profesores	1
m. Profesoras	1
n. Empleados(as) del servicio doméstico	1
o. Con personas no familiares	1
p. Psicólogo(a) u orientador(a)	1
q. Contactos a través de internet	1
r. Guía espiritual	1
s. Con nadie	2

Puedes marcar varias opciones

Si marcas «Con nadie» no marques otra opción.

29. ¿Qué harías si tú o tu pareja quedan en embarazo en este momento?

a. Interrumpir el embarazo	1
b. Dejar que nazca el bebé y criarlo	2
c. Dejar que nazca el bebé y darlo en adopción	3

Marca una sola opción

30. ¿Has estado en embarazo o has dejado en embarazo a alguna mujer?

Sí	1
No	2

31. ¿Alguna de tus amigas, compañeras de colegio o conocidas de tu edad, ha(n) quedado embarazada(s)?

Sí	1
No	2

52. ¿En tu primera relación sexual utilizaste algún método anticonceptivo?

a. Sí	1
b. No	2
c. No has tenido relaciones sexuales	3

Marca una sola opción

CAPÍTULO E. SEXUALIDAD

DEFINICIONES PARA ESTE CAPÍTULO

Relación sexual: es el encuentro con una o más personas en el que están involucrados sus genitales (pene o vagina) u otras partes del cuerpo. Recibir algo a cambio incluye invitaciones, comida, regalos, calificaciones, dinero, favores, alcohol o drogas, etc.

32. ¿Has tenido relaciones sexuales?

Sí 1

No 2 Si respondes NO, pasa a la pregunta 36

33. ¿A qué edad fue tu primera relación sexual?

Años

(Si solo vas a escribir un dígito, llena la primera casilla con un cero 0)

34. La persona con la que tuviste la primera relación sexual era:

I. Sexo

a. Hombre 1

b. Mujer 2

II. Edad

a. Una persona mayor que tú (cinco años o más) 1

b. Una persona aproximadamente de tu misma edad 2

c. Una persona menor que tú (cinco años o más) 3

III. Relación con esa persona

a. Pareja (esposo(a), compañero(a)) 1

b. Novio(a) 2

c. Amigo(a) 3

d. Un familiar 4

e. Conocido(a) 5

f. Persona en ejercicio de la prostitución 6

g. Desconocido 7

Selecciona una alternativa para cada uno de los literales I, II y III

35. ¿Cuál fue el principal motivo para tener tu primera relación sexual?

a. Amor 1

b. Curiosidad 2

c. En el momento te dieron ganas 3

d. Te casaste (fue en tu noche de bodas) 4

e. Presión de tu pareja/novio(a) 5

f. Presión de tus amigos(as) 6

g. Fue contra tu voluntad 7

h. Te dieron algo a cambio 8

i. Otro 9

Marca una sola opción

36. ¿Alguna vez has enviado fotos o videos sexuales tuyos por mensaje de texto o email?

Sí 1

No 2

37. ¿Alguna vez te han hecho sentir incómodo(a) al hacerte propuestas o insinuaciones de tipo sexual?

a. Sí me han hecho sentir incómodo(a) 1

b. No me han hecho sentir incómodo(a) 2

c. Nunca me han hecho propuestas o insinuaciones de tipo sexual 3

Marca una sola opción

38. ¿Alguna vez te han hecho sentir incómodo(a) al tocar alguna parte de tu cuerpo de manera sexual sin que tu lo quisieras?

a. Sí me han hecho sentir incómodo(a) 1

b. No me han hecho sentir incómodo(a) 2

c. Nunca me han tocado de manera sexual sin que lo quisiera 3

Marca una sola opción

39. ¿Alguna vez te han tomado fotos o grabado videos con contenido sexual sin tu aprobación?

a. Sí 1

b. No 2

c. No sabes 3

Marca una sola opción

40. ¿Conoces a alguna persona que haya recibido algo a cambio de realizar actividades sexuales?

Sí 1

No 2

41. ¿Alguna vez te han propuesto exponer tu cuerpo (por ejemplo, en videos o fotos) a cambio de algo?

Sí 1

No 2

CAPÍTULO E. SEXUALIDAD (conclusión)

42. ¿Alguna vez has recibido algo a cambio de exponer tu cuerpo (por ejemplo, en videos o fotos)?

Sí 1 Si respondes Sí pasa a la pregunta 44
 No 2

43. Si te proponen exponer tu cuerpo (por ejemplo, en videos o fotos) a cambio de algo, ¿estarías dispuesto(a) a hacerlo?

Sí 1
 No 2

44. ¿Alguna vez te han ofrecido algo (por ejemplo, dinero, ropa, notas u otros regalos) a cambio de tener relaciones sexuales contigo?

Sí 1
 No 2

45. ¿Alguna vez recibiste algo a cambio de tener relaciones sexuales?

a. Sí 1 Si respondes Sí pasa a la pregunta 47
 b. No 2
 c. No has tenido relaciones sexuales 3

46. Si te ofrecieran algo a cambio de tener relaciones sexuales, ¿estarías dispuesto(a) a hacerlo?

Sí 1
 No 2

47. ¿Actualmente realizas alguna actividad sexual a cambio de dinero o algo material?

Sí 1 Si respondes Sí pasa a la pregunta 47
 No 2

48. Si te ofrecieran dinero o algo material a cambio de realizar alguna actividad sexual, ¿estarías dispuesto(a) a hacerlo?

Sí 1
 No 2

49. ¿Alguna vez alguien te forzó o intentó forzarte a tener una relación sexual sin que lo desearas?

Sí 1
 No 2

En el siguiente capítulo te preguntaremos sobre métodos anticonceptivos.

CAPÍTULO F. USO Y CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

DEFINICIÓN PARA ESTE CAPÍTULO

Métodos anticonceptivos: Son aquellos que evitan o reducen las posibilidades de un embarazo en las relaciones sexuales.

50. De los siguientes métodos anticonceptivos, ¿cuál o cuáles conoces o han utilizado tú o tu pareja?

	Lo conoces y lo han utilizado	Lo conoces pero no lo han utilizado	No lo conoces
a. Pastillas anticonceptivas (píldora)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
b. Dispositivo intrauterino (DIU o la T)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
c. Inyecciones mensuales o trimestrales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
d. Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
e. Espuma, jalea, óvulo (métodos vaginales, espermicidas)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
f. Jadelle, pila (implante subcutáneo)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
g. Método del ritmo, abstinencia periódica, calendario	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
h. Pastilla del día después (anticonceptivos de emergencia)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
i. Coito interrumpido, retiro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
j. Hierbas o remedios caseros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
k. Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
l. Vasectomía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
m. Otro	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

Marca solo una respuesta para cada método anticonceptivo

51. Por lo general, ¿llevas condones por precaución?

Sí 1
 No 2

CAPÍTULO F. USO Y CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (conclusión)

53. ¿En tu última relación sexual utilizaste algún método anticonceptivo?

- a. Sí
- b. No
- c. No has tenido relaciones sexuales

Marca una sola opción

54. ¿Has tenido relaciones sexuales sin hacer uso de métodos anticonceptivos?

- a. Sí
- b. No
- c. No has tenido relaciones sexuales

Marca una sola opción

Si respondes NO o No has tenido relaciones sexuales, pasa al capítulo G

55. Si has tenido relaciones sexuales sin uso de métodos anticonceptivos fue porque:

- a. Son muy costosos
- b. Te dio pena adquirirlos
- c. Te dio pena utilizarlos
- d. Cuando se dio el momento, no los tenías a disposición
- e. A tu pareja no le gustan
- f. No se siente lo mismo si los utilizas
- g. Estabas bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas
- h. No sabías usarlos
- i. No conoces los métodos
- j. Fue una relación contra tu voluntad
- k. Otro

Puedes marcar varias opciones

Para finalizar, te preguntaremos sobre el uso que haces de la internet.

CAPÍTULO G. USO DE LA INTERNET

56. ¿Navegas en internet?

- Sí
- No

Si respondes NO, pasa al capítulo H de pasatiempos

57. ¿Con qué frecuencia navegas en internet?

- a. Al menos una vez al día
- b. Al menos una vez a la semana, pero no todos los días
- c. Al menos una vez al mes, pero no todas las semanas
- d. Menos de una vez al mes

Marca una sola opción

58. ¿Cuál o cuáles son los temas que usualmente consultas cuando navegas en internet?

- a. Tareas del colegio
- b. Cursos virtuales
- c. Redes sociales (chat)
- d. Noticias o información general
- e. Juegos en línea
- f. Pornografía
- g. Música, videos, películas
- h. Otro

Puedes marcar varias opciones

59. ¿Has conocido amigos a través de internet?

- Sí
- No

Si respondes NO, pasa a la pregunta 61

60. ¿Has tenido conversaciones con contenido sexual con alguno de ellos?

- Sí
- No

Continúa

61. ¿Qué es lo que más te gusta de las redes sociales?

- a. Puedes subir fotos, videos y música para compartir con otros
- b. Te puedes reencontrar con gente que hace mucho no ves
- c. Puedes conocer gente nueva
- d. Te enteras de las cosas que le pasan a tus amigos(as)
- e. Otra

Puedes marcar varias opciones

¡Muchas gracias por tu participación y aporte a esta encuesta!

www.dane.gov.co