



**ENCUESTA DE COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE
SEXUALIDAD, EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES
ESCOLARIZADOS
2006**

CONFIDENCIAL: Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y no se darán a conocer al público, ni a entidades, ni a autoridades, sino únicamente en resúmenes estadísticos que no permiten deducir información de carácter individual

Marque con X la respuesta correcta, así: 2 X

No marque ni escriba en las casillas sombreadas

Por favor escriba con letra y números claros

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Sexo	1	Hombre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuántos años cumplidos tiene?	2	_____ años cumplidos																									
¿Cuál es su lugar de nacimiento?	3	Departamento _____ Municipio _____ Un país diferente a Colombia _____																									
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	4	Día _____ Mes _____ Año _____																									
¿Con quién o con quiénes vive actualmente?	5	Papá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abuelos, tíos, otros familiares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____ Padrastró <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros(as) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Madrastro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Quiénes? _____ Hermanos-hermanas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																									
¿Siempre ha vivido con estas personas?	6	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
¿Cuál es el nivel educativo alcanzado por papá y mamá? <input type="checkbox"/> Marque una sola opción para papá y una sola opción para mamá	7	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel educativo</th> <th>1. Papá</th> <th>2. Mamá</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Ninguno</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Preescolar</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Primaria</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Secundaria</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Superior</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Otros</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. No sabe</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Nivel educativo	1. Papá	2. Mamá	1. Ninguno			2. Preescolar			3. Primaria			4. Secundaria			5. Superior			6. Otros			9. No sabe		
Nivel educativo	1. Papá	2. Mamá																									
1. Ninguno																											
2. Preescolar																											
3. Primaria																											
4. Secundaria																											
5. Superior																											
6. Otros																											
9. No sabe																											

B. RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES

¿Sus padres o personas mayores con quien usted vive actualmente, están pendientes de lo que usted hace cuando no está en el colegio?	8	Sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
<i>Si no vive con alguna(s) de las personas enunciadas, deje la columna correspondiente en blanco</i> La comunicación con sus padres o personas mayores con quien usted vive actualmente, en general es:	9	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Calificación de la comunicación</th> <th>Con 1 papá</th> <th>Con 2. mamá</th> <th>3. Con hermanos(as)</th> <th>4. Con otras personas mayores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Buena</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Mala</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Regular</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. No hay comunicación</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Calificación de la comunicación	Con 1 papá	Con 2. mamá	3. Con hermanos(as)	4. Con otras personas mayores	1. Buena					2. Mala					3. Regular					4. No hay comunicación				
Calificación de la comunicación	Con 1 papá	Con 2. mamá	3. Con hermanos(as)	4. Con otras personas mayores																									
1. Buena																													
2. Mala																													
3. Regular																													
4. No hay comunicación																													
¿Cuáles de las siguientes actividades hace usualmente con las personas de su hogar?	10	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Reuniones familiares</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>Hacer tareas escolares</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Salir de paseo</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>Hacer labores del hogar</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ir al parque, jugar, hacer deporte</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>Ver televisión</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ir al cine o a actividades culturales</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>Conversar</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Asistir a celebraciones religiosas</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td><td>Ninguna</td><td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			Reuniones familiares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hacer tareas escolares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Salir de paseo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hacer labores del hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ir al parque, jugar, hacer deporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ver televisión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ir al cine o a actividades culturales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conversar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asistir a celebraciones religiosas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Reuniones familiares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hacer tareas escolares	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
Salir de paseo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hacer labores del hogar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
Ir al parque, jugar, hacer deporte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ver televisión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
Ir al cine o a actividades culturales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conversar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										
Asistir a celebraciones religiosas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																										

B. RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES (conclusión)

¿Cómo lo castigan o corrigen usualmente?	11	Con correa, palos u otros objetos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Golpes, palmadas, pellizcos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Encerrándolo(a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dejándolo(a) sin comer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Reduciéndole o no dándole dinero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Dejándolo(a) fuera de la casa <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Quitándole cosas o prohibiéndole lo que le gusta (estar con amigos, salir, música, televisión) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Poniéndolo(a) a hacer oficio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Tratándolo(a) con indiferencia, no hablándole <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Con regaño, cantaleta <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Con gritos, amenazas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Con llamadas de atención, diálogo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De otra forma, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No lo corrigen <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿De quiénes recibe malos tratos?	12	De padre, madre, padrastros, hermanos(as) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De abuelos, tíos, primos, otros familiares <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De la empleada doméstica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De profesores(as) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	De compañeros(as) del colegio, amigos u otros menores de edad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De personas en el lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> De otras personas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No recibe malos tratos <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Qué hacen en su hogar cuando se presentan problemas o conflictos?	13	Los solucionan dentro del hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Se golpean <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Se dejan de hablar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acuden a otros familiares <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acuden a amigos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acuden a entidades (ICBF, comisarías, consultorios jurídicos) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Solicitan ayuda profesional (orientador(a) o psicólogo(a), trabajador(a) social) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acuden a un consejero espiritual <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No hacen nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿En su hogar le aceptan o le toleran:	14		Su música? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sus amigos? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Tener novio(a)? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Su forma de vestir o su presentación personal? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Su desorden o su forma de organizar sus cosas? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sus gustos? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Su forma de ser o de actuar? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Su forma de pensar? Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
¿Cómo se enteran sus padres o personas mayores que lo cuidan, de las dificultades o problemas que a usted se le presentan?	15	Usted les comenta <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Por otras personas <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No se enteran <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

C. ACTIVIDADES QUE REALIZA

Además de estudiar, de las siguientes actividades, ¿cuál(es) realiza?	16	Trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Hacer oficios del hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Hacer cursos (<i>música, sistemas, fútbol</i>) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
En su tiempo libre, ¿cuáles de las siguientes actividades realiza?	17	Ver televisión <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Hablar por teléfono <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Chatear, navegar en Internet <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Jugar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Salir o estar con amigos de su misma edad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ir a fiestas, paseos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Asistir a actividades culturales (cine, teatro, conciertos, exposiciones) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Realizar actividades artísticas (música, pintura, danza, etc.) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Ir a bibliotecas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ir a sitios de juego, videos o maquinitas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ir a bares, tabernas, discotecas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Realizar algún deporte <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Estar en la calle <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Ir a centros comerciales <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Relacionarse con personas mayores de edad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Otra(s), ¿cuál(es)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

C. ACTIVIDADES QUE REALIZA (continuación)

	Experiencias	A		B		C
		Sí 1	No 2	Forzado, inducido u obligado 1	Por voluntad propia 2	Edad de la 1a. vez 1
<p>Responder cada pregunta en forma horizontal, es decir, por filas, así: →</p> <p>Experiencias personales</p> <p><i>Si para cada una de las seis filas, la respuesta de la parte A, es 1 Sí responda las partes B y C, si es 2. No pase a la siguiente fila</i></p>	<p>1. ¿Ha estado involucrado(a) en acciones violentas?</p> <p>2. ¿Ha fumado cigarrillo?</p> <p>3. ¿Ha consumido licor u otras bebidas embriagantes?</p> <p>4. ¿Ha consumido alguna otra sustancia psicoactiva? (marhuana, basuco, cocaína, etc.)</p> <p>5. ¿Ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>6. ¿Ha cometido algún tipo de delito o infracción?</p>					
<p>Sustancia psicoactiva: es toda sustancia química de origen natural o sintético que al ser utilizada por los seres humanos, afecta las funciones del cerebro y la médula espinal, modificando su estado de ánimo o alterando la capacidad de sus sentidos.</p> <p>¿Quiénes le han hablado acerca de la prevención sobre el uso de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas)?</p>	<p>Profesores u orientadores</p> <p>Padre, madre o las personas mayores con quien vive</p> <p>Amigos(as)</p> <p>Otros</p> <p>No le han hablado</p>					<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿En el colegio ha participado en alguna actividad sobre educación sexual?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Con quién o quiénes habla sobre sexualidad?</p>	<p>Con padre, padrastro <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con madre, madrastra <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con hermanos(as) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con el novio o la novia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con amigos, amigas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con maestros(as) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con familiares adultos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con no familiares adultos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con psicólogo(a) u orientador(a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con asesor(a) espiritual <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Con nadie <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿A qué edad considera usted que deben iniciar relaciones sexuales:</p>	<p>Los hombres? _____</p> <p>Las mujeres? _____</p>					
<p>Para prevenir el embarazo en los adolescentes (hombres y mujeres), ¿cuál de las siguientes alternativas considera la más adecuada?</p>	<p>Usar condón u otro tipo de anticonceptivos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>Marque sólo una alternativa</p> <p>Frente a un embarazo no deseado, ¿usted qué actitud asumiría?</p>	<p>Interrumpir el embarazo (aborto) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dejar que nazca el bebé y criarlo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Dejar que nazca el bebé y darlo en adopción <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Iniciar una unión o conformar un hogar <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Huir de la casa <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Que decida la pareja <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Que sus padres decidan qué hacer <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema es de ella <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Sabe usted qué es el SIDA?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Mencione mínimo una forma para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA</p> <p>_____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Considera usted que los y las menores de 18 años, tienen riesgo de contraer el virus que causa el SIDA?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>Alguna vez, ¿lo(la) han hecho sentir incómodo(a) al hacerle propuestas, comentarios, gestos, sonidos o insinuaciones de tipo sexual?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántas veces? _____</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>Alguna vez, ¿alguien lo(la) hizo sentir incómodo(a) al tocar alguna parte de su cuerpo de manera sexual sin que usted quisiera?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>Alguna vez, ¿alguien lo(la) forzó o intentó forzarlo(la) a tener una relación sexual sin que usted lo deseara?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Alguna vez lo(la) han contactado por Internet, para tener un acercamiento de tipo sexual con usted, usando cámara o personalmente?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Alguna vez le han pagado por bailar desnudo(a) o casi desnudo(a) en discotecas, bares, fiestas u otras reuniones?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Alguna vez le han pagado por salir desnudo(a) o casi desnudo(a) en fotografías o videos?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					
<p>¿Alguna persona que esté de paso o de vacaciones en esta ciudad le ha pagado por tener actividades sexuales?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p>					

C. ACTIVIDADES QUE REALIZA (continuación)

<p>¿Alguna persona le ha pagado por trasladarse a otra ciudad o país para realizar actividades con contenido sexual?</p>	34	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
<p>Relación sexual: es el encuentro de una persona con otra en el que están involucrados los órganos reproductores de la especie (pene y vagina) u otras partes del cuerpo</p> <p>Si ha tenido relaciones sexuales, la primera persona con quien tuvo esa experiencia sexual, era:</p> <p>Marque una sola opción en cada uno de los grupos A, B, C</p>	35	<p>A. Menor que usted <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De su misma edad <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Mayor que usted <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>B. Hombre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Mujer <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>C. Papá <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Mamá <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro(a) familiar <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Persona conocida no familiar <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Persona desconocida <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>D. Religioso <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Militar o policía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>De grupo armado ilegal <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Miembro de parches o pandillas <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona (profesión u oficio de esa persona) <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>E. No ha tenido relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	
<p>Actividad sexual: es toda práctica que realiza una persona relacionada con su propia sexualidad (toques, fotografías o videos con contenido sexual, etc.)</p> <p>Alguna vez, ¿le han dado algo, a usted o a otra persona, por tener con usted actividades sexuales?</p>	36	<p>Invitaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Comida <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Regalos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Dinero <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Favores <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Alcohol o drogas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No ha tenido actividades sexuales <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Pase a 43</p>
<p>La(s) persona(s) que le ha(n) dado algo por tener actividades sexuales con usted, es(son):</p> <p>Puede marcar más de una alternativa en cada grupo</p>	37	<p>A. Hombre(s) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Mujer(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>B. Colombiano(s) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Extranjero(s) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>C. Religioso(s) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Militar(es) o policía(s) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De grupo armado ilegal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Miembro(s) de parches o pandillas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otras personas (profesión u oficio de esas personas) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>D. No ha tenido actividades sexuales <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	
<p>¿Cómo se comunica(n) o contacta(n) la(s) persona(s) que le da(n) algo (regalos, dinero, favores, etc.) por tener actividades sexuales con usted?</p>	38	<p>Por intermedio de amigos(as) o compañeros(as) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por teléfono fijo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por celular <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por Internet <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por periódicos, tarjetas, folletos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por intermedio de un familiar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Por intermedio de otra persona no cercana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Personalmente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>De otra forma, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p>	

SOPA DE LETRAS



A ver si puedes encontrar los nombres de animales y frutas

p	w	j	g	a	i	k	u	n	k	
c	w	i	u	r	i	h	j	k	p	f
l	o	r	o	d	g	v	k	ñ	h	g
t	r	a	y	c	h	b	g	p	s	r
u	h	f	n	m	i	a	u	x	h	a
w	c	a	b	a	l	l	o	h	h	t
p	n	s	r	q	m	l	ñ	q	l	ó
i	f	y	j	y	d	e	l	f	i	n
b	m	f	s	p	e	n	t	x	l	f
a	b	a	r	a	ñ	a	e	b	d	f
i	r	r	s	t	l	w	ñ	q	a	p
u	s	v	z	o	r	r	o	x	s	w

- Pato
- Zorro
- Ballena
- Caballo
- Araña
- Ratón
- Loro
- Delfin

l	o	i	m	a	n	g	o	d	u	k
m	a	r	a	c	u	y	a	k	s	z
a	c	f	t	i	a	l	i	n	m	a
n	a	o	b	p	e	r	a	u	d	p
d	a	s	c	a	f	k	j	g	u	o
a	g	a	z	o	i	i	b	a	r	t
r	u	n	x	q	u	w	x	f	a	e
i	a	d	i	a	g	i	z	f	z	m
n	y	i	o	u	e	x	g	b	n	e
a	a	a	p	l	u	l	o	u	o	l
r	b	a	o	h	d	j	v	r	t	o
d	a	l	p	a	p	a	y	a	o	n
l	z	x	c	v	n	m	q	w	s	p
f	r	a	m	b	u	e	s	a	o	n
u	p	i	t	a	y	a	u	k	s	o

- Mango
- Maracuya
- Mandarina
- Zapote
- Pera
- Melón
- Pitaya
- Papaya
- Guayaba
- Frambuesa
- Durazno

SUDOKU

Las reglas son sencillas, hay que llenar las casillas de los tableros con números del 1 al 9, de forma que no se repita ningún número en la misma línea o columna, del sudoku.

		5	8		2		4	6
6	4					2	3	
	3	2		4	1			
		8	4			9		7
7	5			2	8	6		
				5				3
	8			6				5
5	9	7	2					
1		4			7		8	

LABERINTO

Ayuda a David a encontrar su balón

