

ENCUESTA A ADOLESCENTES

INSTRUCCIONES GENERALES

ENCUESTADOR (A): Lea atentamente y sin apresurarse cada una de las preguntas del cuestionario. Para cada pregunta, seleccione la respuesta que le brinde la adolescente y continúe la siguiente. Si observa alguna molestia o la adolescente le manifiesta que prefiere no responder la pregunta, marque lo que corresponde o pase y continúe con la siguiente pregunta.

MÓDULO 1. INFORMACION GENERAL

P1.1 ¿Cuál es tu edad?	<input type="text"/> <input type="text"/> años
-------------------------------	--

P1.2 ¿Cuál es tu nacionalidad?	a. Peruana	1
	b. Extranjera (Especificar): _____	2

P1.3 ¿Con quién o quiénes vives permanentemente? <i>ENCUESTADOR (A): Considere más de una opción</i>	a. Con ambos padres	1
	b. Solo con mi madre	2
	c. Solo con mi padre	3
	d. Con familiares (abuelos, tíos, etc.)	4
	e. En un hogar comunitario ²	5
	f. Sola	6
	g. Con mi pareja / esposo	7
	h. Otro (especificar): _____	8

P1.4 ¿Tienes hijo/a(s)?	a. Sí	1
	b. No	2

P1.5 ¿Tú o algún miembro de tu hogar es beneficiario/a de ...	Sí	No	NS/NR
	a. Desayuno o almuerzo escolar / Qali Warma?	1	2
b. Guardería Cuna Más / Wawa wasi?	1	2	3
c. Acompañamiento a familias Cuna Más?	1	2	3
d. Beca 18?	1	2	3

² Formas de residencia administradas por el Estado, ONGs o instituciones religiosas y privadas como: Hogares de Acogida del INABIF, Centros de acogida residencial (CAR) MIMP, Hogares de refugio temporal, Casas de acogida, o similares.

	e. Pensión 65?	1	2	3
	f. Comedor popular?	1	2	3
	g. Vaso de leche?	1	2	3
	h. Juntos?	1	2	3
	i. Otro? (especifique) _____	1	2	

P1.6 ¿Cuál es el idioma o lengua con la que aprendiste a hablar?	a. Castellano	1
	b. Quechua	2
	c. Otra, ¿cuál? _____	3

P1.7 La semana pasada, entre ___ y ___,	a. ¿Trabajaste al menos una hora?	1
	b. ¿Realizaste alguna tarea o cachuelo, por un pago en dinero o especie?	2
	c. ¿No trabajaste, pero tienes un trabajo al cual volver?	3
	d. ¿Estuviste ayudando en la chacra, tienda o negocio de un familiar, sin pago alguno?	4
	e. ¿Estuviste buscando trabajo?	5
	f. ¿Estuviste estudiando?	6
	g. ¿Realizaste los quehaceres del hogar?	7
	h. ¿Otro?: _____	8

P1.8 ¿Cuál es el último nivel de estudios que has completado?	NIVEL	CÓD.	AÑO	GRADO
	a. Inicial	0		
	b. Primaria	1		
	c. Secundaria	2		
	d. Superior no universitaria	3		
	e. Superior universitaria	4		

ENCUESTADOR (A):

- Circule "0" si ninguno
- Si responde ciclo convierta a años

P1.9 Actualmente, ¿Estás matriculada en algún centro o programa de educación básica o superior?	a. Sí	1
	b. No	2

P1.10 ¿Cuál es el año o grado de estudios en el que estás matriculada?	NIVEL	CÓD.	AÑO	GRADO
	a. Inicial	0		
	b. Primaria	1		
	c. Secundaria	2		
	d. Superior no universitaria	3		
	e. Superior universitaria	4		

ENCUESTADOR (A):

- Circule "0" si ninguno
- Si responde ciclo convierta a años

P1.11 Actualmente, ¿Asistes a algún centro o programa de educación básica o superior?	a. Sí	1
	b. No	2

<p>(Solo si P1.9 = 1 o P1.11 = 1)</p> <p>P1.12 ¿Cuál es la razón(es) principal(es) por la que no estás matriculada o no asistes a algún centro o programa de educación básica o superior?</p> <p>ENCUESTADOR (A): Considere más de una opción</p>	a. Problemas económicos / falta de dinero	1
	b. Estoy trabajando	2
	c. Responsabilidades en el hogar (cuidar a hermanos menores, hacer tareas domésticas, etc.).	3
	d. Embarazo o maternidad.	4
	e. Matrimonio o convivencia con pareja.	5
	f. No me interesa/no me gusta el estudio	6
	g. Dificultades académicas o bajo rendimiento escolar.	7
	h. Problemas de salud física	8
	i. Problemas de salud mental (ansiedad, depresión, etc.)	9
	j. Bullying o acoso escolar ³	10
	k. Discriminación o exclusión en la escuela (por raza, género, religión, nacionalidad, etc.) ⁴	11
	l. No hay una escuela cercana o accesible	12
	m. Se graduó / suficiente estudio	13
	n. Otra razón (especificar): _____	14
	o. No sabe	15

P1.13 ¿Cuál de las siguientes alternativas consideras describe mejor tu orientación sexual?	a. Hetero / Heterosexual	1
	b. Lesbiana	2
	c. Gay	3
	d. Bisexual	4
	e. Pansexual	5
	f. Asexual	6
	g. Otra (especificar) _____	7
	h. Aun no lo sé	8
	i. Ninguna	9
	j. Prefiero no responder	10

P1.14 ¿Cuál de las siguientes alternativas consideras describe mejor tu identidad de género?	a. Mujer / Femenino	1
	b. Mujer trans / Trans femenina	2
	c. No binarie	3
	d. Género fluido	4
	e. Otro (especificar): _____	5
	f. Aun no lo sé	6
	g. Ninguna	7
	h. Prefiero no responder	8

³ Comportamientos agresivos y repetidos sin necesariamente estar basados en una característica específica

⁴ Comportamientos que resultan en un trato desigual o exclusión basado en características específicas de la persona.

MÓDULO 2. SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y MENSTRUAL

ENCUESTADOR (A) LEA LO SIGUIENTE: A continuación, quisiéramos indagar algunos aspectos relacionados con tu conocimiento sobre la salud de las adolescentes, específicamente, sobre salud sexual y reproductiva y sobre la salud menstrual.

La salud sexual y reproductiva está relacionada con cuidar de tu cuerpo y tus relaciones. Incluye conocer métodos anticonceptivos, prevenir embarazos no deseados, protegerse de infecciones de transmisión sexual (ITS) y tomar decisiones informadas sobre tus relaciones. Por ejemplo, aprender sobre los diferentes métodos anticonceptivos, como los condones y las píldoras, y saber que puedes hablar con un médico si tienes preguntas o preocupaciones.

La salud menstrual se refiere a entender y cuidar tu cuerpo durante tu periodo. Esto incluye saber qué es la menstruación, cómo manejar la higiene menstrual, y cómo aliviar el dolor menstrual. También significa conocer los productos menstruales, como toallas sanitarias, tampones o copas menstruales, y saber dónde obtenerlos y cómo usarlos correctamente.

Considerando ello, a continuación, te vamos a hacer algunas preguntas. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas

P2.1 ¿Cuánto dirías que sabes sobre salud sexual y reproductiva?	a. Mucho	1
	b. Algo	2
	c. Poco	3
	d. Nada	4

P2.2 ¿Conoces algún servicio(s) donde puedas obtener información sobre salud sexual y reproductiva, relaciones sexuales consentidas, métodos anticonceptivos y menstruación?	a. Sí	1
	b. No	2
P2.2.1 ¿Cuál (es)?		
P2.2.2 En general, ¿Qué tan fácil consideras es el acceso de las adolescentes a este tipo de servicios?	a. Muy fácil	1
	b. Fácil	2
	c. Difícil	3
	d. Muy difícil	4

P2.3 ¿De quién o de quiénes has recibido información sobre temas de salud sexual y reproductiva?	e. Padre/Madre	1
	f. Familiares (hermano/a, tíos, abuelos)	2
	g. Amigos/os	3
	h. Docente u otro personal de la escuela	4
	i. Profesionales de la salud (médicos/as, enfermeras, etc.)	5
	j. Programas o talleres educativos (ONGs o similares)	6

	k. Internet/ redes sociales/ Inteligencia artificial (Tiktok, Instagram, Facebook, Google, Chat GPT o similares)	7
	l. Medios de comunicación (TV, radio)	8
	m. Otra persona / institución (especificar): _____	9

P2.4 ¿Qué tipo de información recibiste?	a. Métodos anticonceptivos	1
	b. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	2
	c. Cambios físicos y emocionales en la adolescencia	3
	d. Derechos sexuales y reproductivos	4
	e. Relaciones sexuales seguras	5
	f. Prevención del embarazo	6
	g. Cuidado prenatal	
	h. Consentimiento (en relaciones sexoafectivas) y relaciones saludables	7
	i. Información sobre la menstruación, tabús y mitos, salud e higiene menstrual	8
	j. Otro (especificar): _____	9

P2.5 ¿Qué riesgos asociados a tener relaciones sexuales sin protección conoces? <i>ENCUESTADOR (A): No lea las opciones, espere a que la adolescente le brinde su respuesta espontánea</i>	a. Embarazo no planificado	1
	b. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	2
	c. Infecciones urinarias	3
	d. Problemas emocionales o psicológicos	4
	e. Otros (especificar): _____	5
	f. No sé / No conozco los riesgos	6

P2.6 ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos conoces? <i>ENCUESTADOR (A): No lea las opciones, espere a que la adolescente le brinde su respuesta espontánea</i>	a. Preservativo o condón (masculino)	1
	b. Preservativo o condón (femenino)	2
	c. Píldoras anticonceptivas	3
	d. Inyecciones anticonceptivas	4
	e. Parche o implante anticonceptivo	5
	f. Dispositivo intrauterino (DIU)	6
	g. Métodos de barrera / vaginales (espuma, diafragma, jalea, espuma, anillo)	7
	h. Abstinencia periódica (ritmo, calendario, etc.)	8
	i. Esterilización (ligadura de trompas, vasectomía)	9
	j. Anticonceptivo oral de emergencia (píldora del día siguiente)	10
	k. Otro método (especificar): _____	11
	l. No conozco sobre métodos anticonceptivos	12

	a. Sí	1
--	-------	---

P2.7 ¿Conoces o sabes dónde puedes obtener métodos anticonceptivos en tu comunidad?	<i>b. No</i>	2
	<i>c. No estoy segura</i>	3

P2.8 En general, ¿Qué tan fácil consideras que es el acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes de tu localidad?	<i>a. Muy fácil</i>	1
	<i>b. Fácil</i>	2
	<i>c. Difícil</i>	3
	<i>d. Muy difícil</i>	4

P2.9 ¿Qué dificultades consideras que las adolescentes de tu localidad enfrentan para obtener métodos anticonceptivos? <i>ENCUESTADOR (A): Puede seleccionar más de una opción</i>	<i>a. Falta de información sobre dónde obtenerlos</i>	1
	<i>b. Costo de los métodos anticonceptivos</i>	2
	<i>c. Vergüenza o miedo de pedirlos</i>	3
	<i>d. Desaprobación de familiares</i>	4
	<i>e. Desaprobación de la pareja</i>	5
	<i>f. Distancia al lugar en donde se pueden obtener</i>	6
	<i>g. Horarios de atención inconvenientes</i>	7
	<i>h. Otro (especificar): _____</i>	8

P2.10 En general, ¿con quién(es) te sientes cómoda hablando sobre los temas relacionados a tu salud sexual / reproductiva? <i>ENCUESTADOR (A): Puede seleccionar más de una opción</i>	<i>a. Padres</i>	1
	<i>b. Familiares (hermano/a, tíos, abuelos)</i>	2
	<i>c. Amigos</i>	3
	<i>d. Docente u otro personal de la escuela</i>	4
	<i>e. Profesionales de la salud (médicos/as, enfermeras, etc.)</i>	5
	<i>f. Enamorado, pareja, esposo</i>	6
	<i>g. Nadie</i>	7
	<i>h. Otro (especificar): _____</i>	8

P2.11 ¿Cuánto dirías que sabes o conoces sobre el ciclo menstrual?	<i>a. Mucho</i>	1
	<i>b. Algo</i>	2
	<i>c. Poco</i>	3
	<i>d. Nada</i>	4

P2.12 ¿De quién o de quiénes has recibido información sobre la menstruación?	<i>a. Padre/Madre</i>	1
	<i>b. Familiares (hermano/a, tíos, abuelos)</i>	2
	<i>c. Amigas/os</i>	3
	<i>d. Docente u otro personal de la escuela</i>	4
	<i>e. Profesionales de la salud (médicos/as, enfermeras, etc.)</i>	5
	<i>f. Programas o talleres educativos (ONGs o similares)</i>	6

	<i>g. Internet/ redes sociales/ Inteligencia artificial (Tiktok, Instagram, Facebook, Google, Chat GPT o similares)</i>	7
	<i>h. Medios de comunicación y (TV, radio)</i>	8
	<i>i. Otra persona / institución (especificar): _____</i>	9

P2.13 ¿Qué tipo de información recibiste?	<i>j. Qué es y por qué ocurre</i>	1
	<i>k. Cómo manejar la higiene menstrual</i>	2
	<i>l. Cuáles son los productos menstruales que existen</i>	3
	<i>m. Impacto del ciclo menstrual en el cuerpo</i>	4
	<i>n. Impacto del ciclo menstrual en las emociones</i>	5
	<i>o. Mitos sobre la menstruación</i>	6
	<i>p. Otro (especificar): _____</i>	9

P2.14 En general, ¿Qué tan fácil consideras que es el acceso a productos de higiene menstrual para las adolescentes de tu localidad?	<i>a. Muy fácil</i>	1
	<i>b. Fácil</i>	2
	<i>c. Difícil</i>	3
	<i>d. Muy difícil</i>	4
P2.15 ¿Qué dificultades consideras que las adolescentes de tu localidad enfrentan para obtener productos de higiene menstrual? <i>ENCUESTADOR (A): Puede seleccionar más de una opción</i>	<i>a. Falta de información sobre dónde obtenerlos</i>	1
	<i>b. Costo de los productos de higiene menstrual</i>	2
	<i>c. Vergüenza o miedo de pedirlos</i>	3
	<i>d. Desaprobación de familiares</i>	4
	<i>e. Desaprobación de la pareja</i>	5
	<i>f. Distancia al lugar en donde se pueden obtener</i>	6
	<i>g. Horarios de atención inconvenientes</i>	7
	<i>h. Otra razón (especifique): _____</i>	8

P2.16 ¿Has escuchado alguna de las siguientes creencias sobre la menstruación? <i>(ENCUESTADOR (A): Puede seleccionar más de una opción Leer las alternativas una por una)</i>		Sí	No
	<i>a. No se debe hacer ejercicio durante la menstruación</i>	1	2
	<i>b. Las mujeres son impuras o sucias durante la menstruación</i>	1	2
	<i>c. No se deben bañar durante la menstruación porque corta la regla y es malo</i>	1	2
	<i>d. Comenzar la regla significa que una adolescente está lista para casarse</i>	1	2

	e. <i>Es imposible quedar embarazada durante la menstruación</i>	1	2
	f. <i>Otro (especificar): _____</i>	1	2
	g. <i>No he escuchado ninguna de estas creencias</i>	1	

¿Alguna de las creencias mencionadas influye en lo que haces durante tu menstruación?	a. <i>Sí</i>	1
	b. <i>No</i>	2
	c. <i>A veces</i>	3

P2.17 ¿De quién has escuchado estas creencias sobre la menstruación?	a. <i>Padres</i>	1
	b. <i>Familiares (hermano/a, tíos, abuelos)</i>	2
	c. <i>Amigos</i>	3
	d. <i>Docente u otro personal de la escuela</i>	4
	e. <i>Profesionales de la salud (médicos/as, enfermeras, etc.)</i>	5
	f. <i>Programas o talleres educativos</i>	6
	g. <i>Internet o redes sociales</i>	7
	h. <i>Medios de comunicación (TV, radio)</i>	8
	i. <i>Otra forma (especificar): _____</i>	9

MÓDULO 3. TOMA DE DECISIONES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ENCUESTADOR (A) LEA LO SIGUIENTE: A continuación, quisiéramos indagar algunos aspectos relacionados específicamente con tu salud sexual. En ese sentido, antes de continuar con las preguntas de este módulo, quisiera que me respondas lo siguiente:

P3.1 ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales? (Relaciones sexuales se refiere a cualquier actividad sexual con otra persona)

Sí _____ 1

No _____ 2

(Solo si P3.1= 1, continuar con las preguntas de este módulo)

P3.2 ¿Consideras que puedes decidir cuándo NO quieres tener relaciones sexuales?	a. Sí, siempre	1
	b. Algunas veces	2
	c. Casi nunca	3
	d. No, nunca	4
	e. Prefiero no responder	5

P3.3 ¿Con qué frecuencia consideras que tú puedes decidir cuándo acudir al EESS para recibir consejería con relación a tu salud sexual?	a. Siempre	1
	b. Algunas veces	2
	c. Casi nunca	3
	d. Nunca	4
(Solo si P3.3 = 3, 4)		
P3.3.1 ¿A qué se debe?	<input type="text"/>	

P3.4 ¿Con qué frecuencia consideras que tú puedes decidir buscar atención de salud sexual / reproductiva? ¿por ejemplo, si sientes dolor o ardor al orinar o algún malestar similar?	a. Siempre	1
	b. Algunas veces	2
	c. Casi nunca	3
	d. Nunca	4
(Solo si P3.4 = 3, 4)		
P3.4.1 ¿A qué se debe?	<input type="text"/>	

P3.5 Normalmente, ¿utilizas o has utilizado algún método anticonceptivo en tus relaciones sexuales?	a. Sí, la mayoría de las veces	1
	b. Sí, algunas veces	2
	c. No, casi nunca	3
	d. No, nunca	4

P3.6 ¿Con qué frecuencia sientes que tienes la capacidad / has tenido la capacidad de decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos con tu pareja?	a. Siempre	1
	b. Algunas veces	2
	c. Casi nunca	3
	d. Nunca	4

	a. Sí, la mayoría de las veces	1
--	--------------------------------	---

P3.7 Normalmente, ¿utilizas o has utilizado algún método para prevenir la transmisión de ITS en tus relaciones sexuales?	<i>b. Sí, algunas veces</i>	2
	<i>c. No, casi nunca</i>	3
	<i>d. No, nunca</i>	4
P3.8 ¿Con qué frecuencia sientes que tienes la capacidad / has tenido la capacidad de decidir sobre su uso?	<i>a. Siempre</i>	1
	<i>b. Algunas veces</i>	2
	<i>c. Casi nunca</i>	3
	<i>d. Nunca</i>	4

MÓDULO 4. VOZ, AGENCIA Y USO DE ACTIVOS DE LAS ADOLESCENTES

P4.1 ¿Me puedes decir con qué frecuencia puedes hacer lo siguiente, sin la necesidad de un adulto presente?

	Nunca / rara vez 0	A veces 1	A menudo 2	No sabe / No responde 9
P4.1.1 Ir a actividades extraescolares (como clubes deportivos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.2 Ir a una fiesta con chicos y chicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.3 Reunirse con amigos después de la escuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.4 Ir al centro comunitario / cine / centro juvenil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.5 Ir a la iglesia, templo o centro religioso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.6 Visitar a un amigo del sexo opuesto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.1.7 Ir al centro de salud a recibir consejería sobre salud sexual y métodos anticonceptivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P4.2 ¿Con qué frecuencia son ciertas / Qué tan ciertas son las siguientes afirmaciones para ti?

	Nunca / rara vez 0	A veces 1	A menudo 2	No sabe / No responde 9
P4.2.1 Mis padres o tutores me piden mi opinión sobre las cosas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.2.2 Mis padres o tutores me escuchan cuando comparto mi opinión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Nunca / rara vez 0	A veces 1	A menudo 2	No sabe / No responde 9
P4.2.3 Mis amigos me piden consejo cuando tienen un problema	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.2.4 Si veo algo mal en la escuela o en el vecindario siento que puedo decírselo a alguien y me escucharán	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.2.5 Puedo expresarme en clase cuando tengo un comentario o pregunta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.2.6 Puedo expresarme cuando veo que alguien más está siendo lastimado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.2.7 Puedo pedir ayuda a los adultos cuando la necesito	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P4.3 ¿Con qué frecuencia puedes tomar cada una de las siguientes decisiones por ti mismo/a sin un adulto?

	Nunca / rara vez 0	A veces 1	A menudo 2	No sabe / No responde 9
P4.3.1 Qué ropa usar cuando no estás en la escuela o trabajando	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.2 Qué hacer en tu tiempo libre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.3 Qué comer cuando no estás en casa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.4 Cuándo ir a la escuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.5 Quiénes pueden ser tus amigos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.6 Qué estudiar luego de culminada la escuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.7 Con quién tener vínculo sexual / afectivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.8 Buscar becas u oportunidades nuevas de aprendizaje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P4.3.9 Participar en municipios escolares u otras organizaciones de participación adolescente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MÓDULO 5. ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA ÍNTIMA

P5.1 ¿Conoces los servicios que existen en tu comunidad para la atención de la violencia?	a. Sí	1
	b. No	2
P5.1.1 ¿Cuál (es)?	a. Centro Emergencia Mujer	1
	b. Demuna	2
	c. Comisaría	3
	d. UGEL	4
	e. Otros (especificar): _____	5
P5.1.2 En general, ¿Qué tan fácil consideras es el acceso de las adolescentes a este tipo de servicios?	a. Muy fácil	1
	b. Fácil	2
	c. Difícil	3
	d. Muy difícil	4

ENCUESTADOR (A) LEA LO SIGUIENTE: A continuación, quisiéramos conocer qué tan de acuerdo estarías con algunas afirmaciones. Para ello voy a leer cada una de ellas y quisiera que me respondas si te encuentras muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

P5.2 ¿En qué circunstancias consideras justificado el uso de la violencia en la pareja?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	1	2	3	4	5
P5.2.1 ¿Cuando un miembro de la pareja es infiel?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.2 ¿Cuando un miembro de la pareja descalifica al otro delante de terceras personas?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.3 ¿Cuando un miembro de la pareja descalifica al otro delante de su familia?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.4 ¿Cuando un miembro de la pareja insulta al otro?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.5 El uso de la violencia no se justifica en ninguna circunstancia	<input type="checkbox"/>				
P5.2.6 En parejas con poca educación	<input type="checkbox"/>				

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	1	2	3	4	5
P5.2.7 ¿Cuando uno o los dos miembros de la pareja tiene una historia personal de maltrato o ha sido testigo de violencia en la familia de origen?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.8 ¿Cuando uno o los dos miembros de la pareja presenta alteraciones emocionales como por ejemplo impulsividad, ansiedad, depresión?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.9 ¿Cuando uno o los dos miembros de la pareja presenta consumo abusivo de sustancias como alcohol y/o drogas?	<input type="checkbox"/>				
P5.2.10 ¿Cuando uno de los miembros de la pareja se niega a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>				

MÓDULO 6. SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

P6.1 En las últimas dos semanas, es decir desde el ____ al (día anterior de la entrevista) que tan seguido:

	Nunca 0	Algunas veces 1	Casi siempre 2	Siempre 3	No responde 9
P6.1.1 ¿Te has sentido decaído, muy triste, deprimido(a), irritable o desganado?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.2 ¿Te has molestado o enojado fácilmente? <i>(Por cosas por las que antes te molestabas, por ejemplo, cuando te piden que hagas algo en casa, cuando no sacaste la nota que querías, cuando no te sentiste comprendida(o) por alguien, cuando te llaman y estás ocupado(a), o por cosas como esas)</i>	<input type="checkbox"/>				
P6.1.3 ¿Has sentido pocas ganas o interés en realizar actividades que usualmente disfrutas o te gustan? <i>(Por ejemplo, como practicar deportes, cantar y bailar, pasar tiempo con amigos)</i>	<input type="checkbox"/>				
P6.1.4 ¿Qué tan seguido has sentido que tu futuro no será bueno?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.5 ¿Te has sentido nervioso(a), ansioso(a) o con mucho miedo?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.6 ¿Te has preocupado por no poder hacer las cosas bien o por estar haciendo las cosas mal?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.7 ¿Te preocupa lo que los demás piensen de ti? <i>En caso no entienda la pregunta, decir: Por ejemplo, que no te vean lo suficientemente inteligente o guapa/o.</i>	<input type="checkbox"/>				
P6.1.8 ¿Sientes miedo de que algo grave pueda pasar a ti o a tu familia? <i>(Por ejemplo, que alguien de tu familia o tu puedan enfermarse gravemente o tener un accidente o situaciones similares)</i>	<input type="checkbox"/>				
P6.1.9 ¿Te has preocupado demasiado o más de lo usual por diferentes cosas (por ejemplo, tus estudios, familia, tu apariencia, etc.)?	<input type="checkbox"/>				

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No responde
	0	1	2	3	9
P6.1.10 ¿No has podido calmarte o controlar tus temores o preocupaciones?	<input type="text"/>				

ENCUESTADOR (A): Si al menos uno de los ítems de la pregunta P6.1.1 a P6.1.5 marcó 2 o 3, continuar con las siguientes preguntas.

En las últimas dos semanas, es decir desde el ____ al (día anterior de la entrevista) que tan seguido:

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	No responde
	0	1	2	3	9
P6.1.11 ¿Has tenido poco apetito (no has tenido ganas de comer), has perdido peso sin motivo, o comiste más que de costumbre?	<input type="text"/>				
P6.1.12 ¿Has tenido problemas para dormir, o mantenerte dormido(a) o duermes demasiado?	<input type="text"/>				
P6.1.13 ¿Te has sentido cansado(a), con poca energía para realizar actividades diarias?	<input type="text"/>				
P6.1.14 ¿Has tenido problemas para concentrarte en actividades que haces normalmente, por ejemplo, hacer las tareas escolares, estudiar, leer u otras actividades?	<input type="text"/>				
P6.1.15 ¿Te has sentido solo(a)?	<input type="text"/>				
P6.1.16 ¿Te has sentido mal contigo mismo, como un fracaso o como una decepción para tu familia o para ti mismo?	<input type="text"/>				
P6.1.17 ¿Has pensado que sería mejor estar muerto, desaparecer o hacerte daño de alguna manera?	<input type="text"/>				
P6.1.18 ¿Has hecho tus cosas tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado?	<input type="text"/>				
P6.1.19 ¿Te has sentido tan intranquilo(a) que es difícil mantenerte quieto(a), por ejemplo, dejar de mover las piernas o manos?	<input type="text"/>				

	Nunca 0	Algunas veces 1	Casi siempre 2	Siempre 3	No responde 9
P6.1.20 ¿Has sentido dificultad para respirar?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.21 ¿Has sentido mareos o como que te ibas a desmayar?	<input type="checkbox"/>				

ENCUESTADOR (A): Si al menos uno de los ítems de la pregunta P6.1.5 a P6.1.10 marcó 2 o 3, continuar con las siguientes preguntas.

	Nunca 0	Algunas veces 1	Casi siempre 2	Siempre 3	No responde 9
P6.1.22 ¿Has sentido miedo de un momento a otro sin saber por qué?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.23 ¿Te cuesta mucho relajarte?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.24 ¿Has sentido que el corazón te palpita/late con mucha fuerza o demasiado rápido?	<input type="checkbox"/>				
P6.1.25 ¿Has tenido dolores de cabeza o has sentido tus hombros o cuello muy duros? Por ejemplo: rigidez del cuello, dolor en el cuello.	<input type="checkbox"/>				

ENCUESTADOR (A): Si al menos uno de los ítems de las preguntas de P6.1.1 a P6.1.25 marcó 1, 2 o 3, continuar con P6.2. Antes de iniciar con las preguntas, lea lo siguiente en voz alta:

Hemos estado hablando de diferentes sentimientos y experiencias que pueden ser desagradables o incómodos para todos y todas y que pueden ser un problema para las adolescentes.

P6.2 A continuación, quisiéramos que nos respondas utilizando este tipo de respuestas: Todo el tiempo, la mayoría de las veces, algunas veces o ninguna vez, pensando en el último mes. En el último mes,

	Ninguna vez	Algunas veces	La mayoría	Todo el tiempo	No responde
--	----------------	------------------	---------------	-------------------	----------------

	de las veces				
	0	1	2	3	9
P6.2.1 ¿Qué tan seguido estos problemas afectaron tus actividades diarias o en tus relaciones en casa con tu familia?	<input type="text"/>				
P6.2.2 ¿Qué tan seguido estos problemas afectaron tus actividades en la escuela / trabajo/ academia / universidad?	<input type="text"/>				
P6.2.3 ¿Qué tan seguido estas situaciones te causaron problemas con tus compañeros/compañeras en el colegio / instituto / Universidad / trabajo?	<input type="text"/>				

P6.3 Ahora quisiéramos hacerte algunas preguntas para conocer qué sueles hacer cuando tienes sentimientos o experiencias que no son agradables

CAPITULO 3: CUIDADO DE LA SALUD MENTAL Y VÍNCULOS		
P6.3.1 Cuando tienes un problema o te preocupan este tipo de sentimientos y experiencias que no son agradables, ¿Normalmente has buscado ayuda profesional (EESS, IIEE, u otra institución que conozca)?	<i>a. Nunca</i>	0
	<i>b. Algunas veces</i>	1
	<i>c. Casi siempre</i>	2
	<i>d. Siempre</i>	3
	<i>e. No responde</i>	9
P6.3.2 Cuando has tenido un problema o te preocupan este tipo de sentimientos y experiencias que no son agradables, ¿Se lo cuentas a alguien? ¿Qué tan seguido hablas con otra persona sobre ello? <i>Si responde "Nunca", pruebe: ¿Alguna vez has hablado de tus sentimientos con alguien, por ejemplo, alguien de tu familia, amigo o tal vez un profesor, consejero o un personal de salud?</i>	<i>a. Nunca</i>	0
	<i>b. Algunas veces</i>	1
	<i>c. Casi siempre</i>	2
	<i>d. Siempre</i>	3
	<i>e. No responde</i>	9
P6.3.3 En el último mes, ¿has hablado con alguien sobre este tipo de problemas o preocupaciones?	<i>a. Sí</i>	1
	<i>b. No</i>	2
	<i>c. No responde</i>	3
<i>Solo si P6.3.3 = 2, 3</i>	<i>a. Sí</i>	1

P6.3.4 ¿Te has reunido o buscado a alguien para hablar sobre este tipo de problemas o preocupaciones?	<i>b. No</i>	2
	<i>c. No responde</i>	3

<i>Solo si P6.3.3 = 1 o P6.3.4 = 1</i>	<i>a. Consejero(a)</i>	1
P6.3.5 ¿Con quién has hablado? (Respuesta múltiple) <i>Indagar: ¿Con alguien más?</i>	<i>b. Profesional de la salud</i>	2
	<i>c. Padre / madre</i>	3
	<i>d. Otro familiar (adulto)</i>	4
	<i>e. Otro familiar (menor de 18 años)</i>	5
	<i>f. Profesor(a)</i>	6
	<i>g. Amigo (a) / enamorado (a)</i>	7
	<i>h. Otro (especificar)</i>	8

P6.3.6 En el último mes, ¿Qué tan seguido sientes que tus padres o las personas con quien vives comprendieron tus problemas y preocupaciones?	<i>a. Nunca</i>	0
	<i>b. Algunas veces</i>	1
	<i>c. Casi siempre</i>	2
	<i>d. Siempre</i>	3
	<i>e. No responde</i>	9

Matriz de variables e indicadores

<p>IND1 Porcentaje de lideresas adolescentes que interrumpieron su trayectoria educativa por embarazo o “matrimonio” (unión temprana)</p>	<p>Situación de unión temprana: P1.3 Interrupción de estudios: P1.8, P1.9, P1.10, P1.11 Razones de interrupción: P1.12</p>
<p>IND2 Porcentaje de Lideresas adolescentes con síntomas de depresión o ansiedad que reportan contacto con profesional de la salud o consejero para atención de salud mental.</p>	<p>Síntomas de depresión: (P6.1.1, P6.1.2, P6.1.3, P6.1.4) (P6.1.1, P6.1.2, P6.1.11, P6.1.13, P6.1.15, P6.1.17, P6.1.20, P6.1.21) Síntomas de ansiedad: (P6.1.5, P6.1.6, P6.1.7, P6.1.8, P6.1.9, P6.1.10) (P6.1.20, P6.1.21, P6.1.22, P6.1.23, P6.1.24) Búsqueda de ayuda profesional o consejería: (P6.3.1, P6.3.3, P6.3.4, P6.3.5)</p>
<p>IND3 Porcentaje de lideresas adolescentes que toman sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva</p>	<p>Sexualmente activa: P3.1 Relaciones sexuales: P3.2 Uso de anticonceptivos: P3.5, P3.6 Atención de salud reproductiva: P3.3, P3.4</p>
<p>IND4 Porcentaje de lideresas adolescentes que consideran justificado que un esposo golpee a su esposa por al menos una de las razones especificadas</p>	<p>Todos los ítems de P5.2, excepto P5.2.5</p>
<p>IND6 Porcentaje de líderesas adolescentes mujeres mejoran sus habilidades para empoderamiento: voz, agencia, uso de activos.</p>	<p>Libertad de movimiento: P4.1, todos los ítems Voz: P4.2, todos los ítems Control y toma de decisiones: P4.3, todos los ítems</p>
<p>IND7 Número y porcentaje de servicios de salud sexual mejoran el acceso de información, con énfasis en salud menstrual para adolescentes mujeres basados en enfoque centrado en ellas y programación transformadora de género</p>	<p>Salud sexual y reproductiva: P2.3, P2.4, P2.4 Salud menstrual: P2.11, P2.12, P2.13</p>
<p>Ideación suicida, identificación para el protocolo de actuación en caso de riesgo de suicidio</p>	<p>Error! Reference source not found., Error! Reference source not found., Error! Reference source not found.</p>