
 <b>ICCOM</b> INVESTIGACION DE MERCADO <b>RANCAGUA 0333 – Fono: 757 28 00</b> <b>PROVIDENCIA - SANTIAGO</b>	<b>Nº FILTRO:</b>								 <b>INJUV</b> Ministerio de Desarrollo Social  Gobierno de Chile
	2	0	1	2	5	8	2	4	

## Autoaplicado

➔	LEE ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES PARA RESPONDER CADA SECCIÓN Y CADA PREGUNTA.						
➔	<b>MÓDULO: CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS</b>						
<b>SECCIÓN I.</b>							
D.1	<b>¿Alguna vez en la vida, has consumido las siguientes sustancias?</b> (MARQUE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS. SI HAS CONSUMIDO OTRA SUSTANCIA POR FAVOR ANOTA LA SUSTANCIA EN LA ALTERNATIVA OTRA)						
	SUSTANCIAS				SI	NO	
	1	2	3	4	1	2	
				ALCOHOL	1	2	
				CIGARRILLO	1	2	
				MARIHUANA	1	2	
				COCAÍNA	1	2	
				PASTA BASE	1	2	
				ÉXTASIS	1	2	
				CRACK / COCAÍNA FUMABLE	1	2	
				HONGOS ALUCINÓGENOS	1	2	
				FLORIPONDIO / PEYOTE / SAN JUAN	1	2	
				LSD /ÁCIDO/TRIP/TRIPA/TRIPI	1	2	
	11 Otra ¿CUÁL? _____						
D.2	<b>¿Y en los últimos 12 meses, has consumido las siguientes sustancias?</b> (MARQUE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS SUSTANCIAS. SI HAS CONSUMIDO OTRA SUSTANCIA POR FAVOR ANOTA LA SUSTANCIA EN LA ALTERNATIVA OTRA)						
	SUSTANCIAS				SI	NO	
	1	2	3	4	1	2	
				ALCOHOL	1	2	
				CIGARRILLO	1	2	
				MARIHUANA	1	2	
				COCAÍNA	1	2	
				PASTA BASE	1	2	
				ÉXTASIS	1	2	
				CRACK / COCAÍNA FUMABLE	1	2	
				HONGOS ALUCINÓGENOS	1	2	
				FLORIPONDIO / PEYOTE / SAN JUAN	1	2	
				LSD /ÁCIDO/TRIP/TRIPA/TRIPI	1	2	
	11. Otra ¿CUÁL? _____						
D.3	<b>De la siguiente lista, ¿podrías indicar cada cuánto tiempo consumes...? (MARQUE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE. SI CONSUMES OTRA SUSTANCIA POR FAVOR MARQUE LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE A OTRA)</b>						
	Sustancia	Varias veces al día	Varias veces a la semana	Varias veces al mes	Una vez al mes o menos	Casi nunca	Nunca
	1. Alcohol	1	2	3	4	5	6
	2. Cigarrillo	1	2	3	4	5	6
	3. Marihuana	1	2	3	4	5	6
	4. Cocaína	1	2	3	4	5	6
	5. Pasta Base	1	2	3	4	5	6
	6. Éxtasis	1	2	3	4	5	6
	7. Crack / Cocaína fumable	1	2	3	4	5	6
	8. Hongos alucinógenos	1	2	3	4	5	6
	9. Floripondio / Peyote / San Juan	1	2	3	4	5	6
	10. LSD /ácido/trip/tripa/tripi	1	2	3	4	5	6
	11. Otra	1	2	3	4	5	6

D.4	<b>CONTESTA ESTA PREGUNTA SI HAS CONSUMIDO OTRAS DROGAS ADEMÁS DE CIGARRILLOS Y ALCOHOL</b>				
	<b>¿En qué situaciones sueles consumir drogas?</b>				
	(MARQUE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS SITUACIONES EN LAS QUE SUELES CONSUMIR DROGAS).				
			SI	NO	
	1.	EN CARRETES PRENDIDOS, INTENSOS CON HARTA GENTE	1	2	
	2.	CUANDO CARRETEO EN CASA MÁS PIOLA Y TRANQUILO	1	2	
	3.	CUANDO ESTOY SOLO EN MI CASA	1	2	
	4.	EN LA PLAZA/CALLE CON AMIGOS	1	2	
	5.	EN LA CASA HAYA O NO MÁS GENTE	1	2	
	6.	EN EL COLEGIO / LUGARES DE ESTUDIOS	1	2	
	7.	EN EL TRABAJO / TRABAJANDO EN LA CASA	1	2	
	8.	CON MI FAMILIA	1	2	
	9.	EN RITUALES / VIAJES ESPIRITUALES	1	2	
	10.	CUANDO VOY A TENER SEXO	1	2	
11.	CUANDO ESTOY EN MI PERÍODO (SOLO MUJERES)	1	2		
12.	CUANDO ESTOY DEPRIMIDO	1	2		
13.	CUANDO VOY MANEJANDO	1	2		
D.5	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SI HAS CONSUMIDO ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>  En un evento normal de consumo de alcohol en un fin de semana <b>¿cuántos vasos tomas en promedio?</b>  (ANOTA CANTIDAD DE VASOS).	ANOTE VASOS DE ALCOHOL → <input type="text"/>			
D.5A	<b>¿Consumiste cigarrillos la semana pasada?</b>  (MARQUE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE)	SI	1		
		NO	2		
D.6	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SI FUMASTE LA SEMANA PASADA</b>  Aproximadamente <b>¿cuántos cigarrillos diarios fumaste la semana pasada?</b> (ANOTA CANTIDAD DE CIGARRILLOS DIARIOS).	ANOTE CIGARRILLOS AL DÍA → <input type="text"/>			
D.7	<b>LEE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Y RESPONDE MARCANDO CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA.</b>				
		SI	NO		
	1.	¿EN ALGUNA OCASIÓN HAS PERDIDO LA MEMORIA LUEGO DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL?	1	2	
	2.	¿EN ALGUNA OCASIÓN HAS PERDIDO LA CONCIENCIA LUEGO DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL?	1	2	
	3.	TE HAS SUBIDO A UN VEHÍCULO MOTORIZADO CONDUCIDO POR UNA PERSONA QUE HAYA CONSUMIDO ALCOHOL	1	2	
	4.	HAS PERDIDO LA NOCIÓN DE LA REALIDAD LUEGO DEL CONSUMO DE DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES (MARIHUANA, COCAÍNA, ETC.)	1	2	
	5.	DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿HAS PARTICIPADO EN ALGUNA RIÑA O PELEA EN UN LUGAR PÚBLICO (DISCOTHEQUE, ESTADIO, PUB, FIESTA, ETC.)?	1	2	
6.	¿HAS CONDUCIDO UN VEHÍCULO MOTORIZADO LUEGO DE HABER CONSUMIDO ALCOHOL?	1	2	No manejo= 97	
D.8	<b>¿Qué resguardos utilizas habitualmente para volver a tu casa cuando tomas alcohol en una fiesta o carrete?</b> (MARQUE CON UN CÍRCULO TODOS LOS RESGUARDOS UTILIZADOS HABITUALMENTE). SI UTILIZAS OTRO RESGUARDO POR FAVOR ANOTALO EN LA ALTERNATIVA OTRO)				
	QUEDARSE A DORMIR EN EL MISMO LUGAR DE LA FIESTA			1	
	VOLVER A CASA CON ALGUIEN QUE NO HAYA CONSUMIDO ALCOHOL			2	
	VOLVER EN TAXI O LOCOMOCIÓN COLECTIVA A LA CASA			3	
	NO TOMO NADA O CASI NADA DE ALCOHOL			4	
	USUALMENTE NO TOMO NINGÚN TIPO DE RESGUARDO			5	
Otro ¿CUÁL? _____					

➔ <b>MÓDULO : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>			
S.1	¿Te has iniciado sexualmente, es decir, has tenido relaciones sexuales con penetración? (MARQUE UNA ALTERNATIVA).	SI NO	1 2
S.2	¿Has practicado alguna vez sexo oral? (MARQUE UNA ALTERNATIVA).	SI NO	1 2
S3	¿Cuál es tú orientación sexual? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	HETEROSEXUAL HOMOSEXUAL BISEXUAL	1 2 3
➔ <b>RESPONDE ESTA SECCIÓN SOLO SI TE HAS INICIADO SEXUALMENTE Y RESPONDISTE SI EN LA PREGUNTA S.1.</b>			
<b>SI RESPONDISTE NO EN S.1 POR FAVOR PASA A LA SECCIÓN III</b>			
S.4	¿Qué método anticonceptivo usaste tu o tu pareja en tu última relación sexual? (MARQUE LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA MÉTODO SI TIENES OTRO MÉTODO POR FAVOR ANOTALO EN OTRO)	SI NO	1 2
	1. CONDÓN O PRESERVATIVO	1	2
	2. DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)	1	2
	3. PÍLDORA ANTICONCEPTIVA	1	2
	4. PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS	1	2
	5. INYECTABLES (HORMONAS)	1	2
	6. IMPLANTES SUBDÉRMICOS (HORMONAS)	1	2
	7. COITO INTERRUMPIDO	1	2
	8. MÉTODOS NATURALES (TEMPERATURA BASAL, MÉTODO DE BILLING ETC)	1	2
	9. OTRO MÉTODO ¿CUÁL? _____	1	2
S.5	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI USASTE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.</b> En la última relación sexual, ¿por qué razón usaste condón? (MARQUE TODAS LAS ALTERNATIVAS QUE CORRESPONDAN. SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANOTALA EN OTRA)	SI NO	1 2
	1. PREVENIR UN EMBARAZO	1	2
	2. PROTEGER DEL VIH/SIDA	1	2
	3. PROTEGER DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	1	2
	4. OTRA ¿CUÁL? _____	1	2
S.6	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SI NO USASTE NINGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL.</b> En la última relación sexual, ¿Por qué razón o razones no usaste algún método anticonceptivo? (MARQUE LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE PARA CADA UNA DE LAS RAZONES SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANOTALA EN OTRA).	SI NO	1 2
	1. NO CONOCES O NO SABES USAR NINGÚN MÉTODO	1	2
	2. NO TE ATREVISTE A SUGERIRLO A LA PAREJA	1	2
	3. NO TE GUSTA USAR NINGUNO DE LOS MÉTODOS QUE CONOCES	1	2
	4. TU PAREJA NO QUERÍA USAR NINGÚN MÉTODO	1	2
	5. QUERÍA TENER UN/A HIJO/A – QUEDAR EMBARAZADA	1	2
	6. LO SOLICITÉ EN UN CONSULTORIO Y NO ME LO DIERON	1	2
	7. NO TUVE DINERO PARA COMPRARLO	1	2
	8. TENGO PAREJA ESTABLE	1	2
	9. OTRA ¿CUÁL? _____	1	2

➔ POR FAVOR RESPONDE ESTAS PREGUNTAS				
S.7	¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses? ANOTA NUMERO DE PERSONAS	ANOTA N° → <input type="text"/>		
S.8	¿Te ha tocado vivir a tí con alguna pareja un embarazo no planificado? MARQUE UNA ALTERNATIVA	SI NO	1 2	
S.9	RESPONDE SÓLO SI TE HA TOCADO VIVIR UN EMBARAZO NO PLANIFICADO ¿Qué edad tenías tú cuando te toco vivir a tí o a tu pareja un embarazo no planificado? ANOTA TU EDAD	ANOTE EDAD → <input type="text"/>		
➔ SECCIÓN III: POR FAVOR RESPONDE ESTA SECCIÓN HAYAS O NO HAYAS TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN.				
S.10	Indica si tu crees que el VIH SIDA se puede transmitir con cada una de las siguientes prácticas. (MARQUE PARA CADA PRÁCTICA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA).			
		SI, SE PUEDE TRANSMITIR	NO, NO SE PUEDE TRANSMITIR	NO SÉ, NO ESTOY SEGURO/A
1	COMPARTIENDO COMIDA CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2	3
2	BAÑÁNDOSE EN PISCINAS PÚBLICAS CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2	3
3	COMPARTIENDO BAÑOS PÚBLICOS CON PERSONAS PORTADORES DE VIH/SIDA	1	2	3
4	COMPARTIENDO OBJETOS CORTANTES CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (CUCHILLOS, GILETTE, TIJERAS)	1	2	3
5	A TRAVÉS DE UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE INFECTADA CON VIH/ SIDA	1	2	3
6	TENIENDO RELACIONES SEXUALES SIN USAR CONDÓN CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA	1	2	3
S.11	¿Te has realizado alguna vez el test del SIDA? MARQUE UNA ALTERNATIVA	SI NO	1 2	
S.12	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA. ¿Por qué razón te hiciste el test del SIDA? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA. SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).			
	PORQUE ESTUVE EXPUESTO A UNA SITUACIÓN DE RIESGO	1		
	POR MAYOR TRANQUILIDAD	2		
	POR INICIO DE UNA NUEVA RELACIÓN DE PAREJA	3		
	POR UNA DONACIÓN DE SANGRE	4		
	POR CONTROL DE EMBARAZO	5		
	POR UNA HOSPITALIZACIÓN/ CIRUGÍA	6		
	OTRA ¿CUÁL?.....	7		
S.13	RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI NO TE HAS REALIZADO EL TEST DEL SIDA. ¿Por qué razón NO te has realizado el Test del SIDA? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).			
	MANTENGO PAREJA ÚNICA, PAREJA ESTABLE	1		
	NO SE ME HABÍA OCURRIDO O NO HABÍA TENIDO LA OPORTUNIDAD	2		
	DESINFORMACIÓN	3		
	POR TEMOR O VERGÜENZA	4		
	NO QUIERO	5		
	USO DE CONDÓN	6		
	NO ME LO HAN PEDIDO	7		
	ES MUY CARO, NO TENGO DINERO	8		
	NO TENGO RELACIONES SEXUALES/ NO ME HE INICIADO SEXUALMENTE	9		
	OTRA ¿CUÁL?.....	10		
S.14	RESPONDE ESTA PREGUNTA TE HAYAS O NO REALIZADO EL TEST DEL SIDA Respecto del Test del SIDA, ¿Cuál es el aspecto en el que necesitas más información? (MARQUE UNA SOLA ALTERNATIVA, SI TIENES OTRA RAZÓN POR FAVOR ANÓTALA EN OTRA).			
	EL LUGAR EN DONDE SE REALIZA	1		
	COMO SOLICITAR EL TEST	2		
	CON QUIEN SE DEBE HABLAR O CONTACTAR	3		
	EL COSTO DEL TEST	4		
	OTRA ¿CUÁL?.....	5		

➔ <b>MÓDULO: VIOLENCIA.</b>			
➔ <b>POR FAVOR RESPONDE ESTAS PREGUNTAS</b> Ahora quisiéramos saber tu opinión sobre la violencia, considerando a la violencia como la intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otro tipo.			
V.1	<b>¿Has sido víctima de violencia física en alguna de estas situaciones?</b> (MARQUE PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE)		
	SITUACIONES:	SI	NO
1.	EN ALGUNA SITUACIÓN DE CONFLICTO CON UN FAMILIAR (EXCLUIDA LA PAREJA)	1	2
2.	EN ALGUNA SITUACIÓN DE CONFLICTO CON ALGÚN/A AMIGO/A O CONOCIDO/A	1	2
3.	EN EL LUGAR DE TRABAJO	1	2
4.	EN LA ESCUELA O LUGAR DE ESTUDIOS	1	2
5.	CON UN DESCONOCIDO EN UN LUGAR PÚBLICO	1	2
V.2	<b>¿Has sido víctima de violencia psicológica en alguna de estas situaciones?</b> (MARQUE PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE)		
	SITUACIONES:	SI	NO
1.	EN ALGUNA SITUACIÓN DE CONFLICTO CON UN FAMILIAR (EXCLUIDA LA PAREJA)	1	2
2.	EN ALGUNA SITUACIÓN DE CONFLICTO CON ALGÚN/A AMIGO/A O CONOCIDO/A	1	2
3.	EN EL LUGAR DE TRABAJO	1	2
4.	EN LA ESCUELA O LUGAR DE ESTUDIOS	1	2
5.	CON UN DESCONOCIDO EN UN LUGAR PÚBLICO	1	2
V.3	<b>¿Actualmente tienes pareja?</b> (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	SI NO	1 2
V.3.1	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TIENES PAREJA.</b> Según la siguiente definición: Violencia: Cualquier acción y conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado., Aunque sea una sola vez <b>¿Se han dado alguna de las siguientes situaciones en tu relación de pareja actual?</b> (MARQUE PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE).		
	SITUACIONES:	SI	NO
1.	VIOLENCIA FÍSICA	1	2
2.	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	1	2
3.	VIOLENCIA SEXUAL	1	2
V.4	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TIENES PAREJA.</b> Por favor responde sí o no a las siguientes preguntas respecto de tu pareja: (MARQUE PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE).		
	SITUACIONES:	SI	NO
1.	¿CONTROLA TUS SALIDAS, HORARIOS O APARIENCIA?	1	2
2.	¿ALGUNA VEZ TE PEGÓ, EMPUJÓ, ZAMARREÓ?	1	2
3.	¿DESCALIFICA LO QUE DICES, HACES O SIENTES?	1	2
4.	¿TRATA DE ALEJARTE DE TUS AMIGAS Y AMIGOS?	1	2
5.	¿CONTROLA TUS GASTOS Y DEL DINERO QUE DISPONES?	1	2
6.	¿TE IGNORA O ES INDIFERENTE COMO EXPRESIÓN DE VIOLENCIA?	1	2
V.5	<b>RESPONDE ESTA PREGUNTA SOLO SI TIENES PAREJA.</b> Por favor responde sí o no a las siguientes preguntas respecto a tu comportamiento con tu pareja. (MARQUE PARA CADA SITUACIÓN LA ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE).		
	SITUACIONES:	SI	NO
1.	¿LE RESTRINGES Y/O PROHÍBES TENER SUS PROPIAS AMISTADES A TU PAREJA?	1	2
2.	¿LE HAS EMPUJADO, ZAMARREADO O GOLPEADO ALGUNA VEZ?	1	2
3.	¿VIGILAS CONSTANTEMENTE A TU PAREJA?	1	2
4.	¿LE PRESIONAS A TENER RELACIONES SEXUALES?	1	2
5.	¿TE BURLAS, OFENDES O INSULTAS A TU PAREJA EN PRIVADO Y/O EN PÚBLICO?	1	2

**MUCHAS GRACIAS POR RESPONDER, AHORA POR FAVOR PON ESTE CUESTIONARIO EN EL SOBRE, SÉLLALO Y LO ENTREGAS A LA PERSONA QUE REALIZA LA ENTREVISTA.**