

FORMULARIO 1. HOGARES URBANOS

MÓDULO 5. JOVENES (PERSONAS SEGUIMIENTO DE 10 A 13 AÑOS)

CONTROL OPERATIVO

1	Entrevistador(a) transcriba el Número de Identificación Muestral del formulario del Módulo de hogar y el número del formulario : a. Número de Identificación Muestral del hogar: _____ b. No. del formulario 1. Módulo 1. _____	
2	Entrevistador(a) transcriba del Módulo de Hogar, preguntas 202, 203 y 208, 209 y 210 el nombre (nombre y apellidos), número de orden, edad y sexo de la persona a quien corresponde este módulo	
	a. Nombre del entrevistado(a) _____	b. No. de orden _____
	c. Edad en años cumplidos: _____	d. Sexo: Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN Y TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN

3	Nombre e identificación supervisor:	_____
4	Nombre e identificación encuestador	_____
5	Tipo de supervisión Acompañamiento 1 <input type="checkbox"/> Verificación telefónica 3 <input type="checkbox"/> Verificación personal 2 <input type="checkbox"/> Ninguna 4 <input type="checkbox"/>	
6	¿Revisó el módulo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
7	Resultado final de la visita: Completa 1 <input type="checkbox"/> Persona está ocupada 5 <input type="checkbox"/> Incompleta 2 <input type="checkbox"/> Ausente temporal 6 <input type="checkbox"/> Rechazo 3 <input type="checkbox"/> Vivienda desocupada 7 <input type="checkbox"/> Nadie en el hogar 4 <input type="checkbox"/> Otro motivo ¿Cuál? _____ 8 <input type="checkbox"/>	

I. ACTITUDES

	(L) Voy a leer algunas afirmaciones para que tu me digas si estás totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo: 👉 Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 6	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
101	a. Ver peleas entre compañeros es divertido.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Si no se puede por las buenas toca por las malas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. El que me la hace me la paga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d. Es divertido cuando se burlan de alguien que te cae mal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
102	¿Evitas pasar por algunos lugares de tu barrio (por ejemplo parques, esquinas, algunas calles, etc.) por miedo a ser atacado por alguien?	Si 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>	
103	¿Has dejado de ir a tu colegio por miedo a ser atacado por alguien?	Si 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>	NA, No ha estudiado 3 <input type="checkbox"/>
	(L) ¿Alguna vez has participado en actividades de alguna de las siguientes organizaciones, clubes o grupos? 👉 Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 7	Sí, has hecho esto en los últimos 12 meses	Sí, has hecho esto pero hace más de un año	No, nunca has hecho esto	
104	a. Una organización ambiental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	b. Una organización de derechos humanos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	c. Una organización juvenil afiliada a un sindicato o partido político	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	d. Un grupo voluntario que haga algo para ayudar a la comunidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	e. Una organización cultural étnica (por ejemplo de afrocolombianos o indígenas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	f. Una organización que recolecte dinero para una causa social	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	g. Un grupo u organización religiosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	h. Un grupo u organización cultural (como teatro, música, periódico, emisora, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	i. Un grupo u organización deportiva (equipos, barras, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
105	(L) Las PANDILLAS son grupos de jóvenes que generalmente tienen un territorio, un nombre y símbolos que las distinguen. A veces se reúnen para consumir droga o para realizar peleas, actos de vandalismo o robos.				
	a. ¿Hay pandillas en tu BARRIO?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No se 3 <input type="checkbox"/>	
	b. ¿Alguno(a) de tus compañeros de curso pertenece a pandillas?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No se 3 <input type="checkbox"/>	NA, No estudia 4 <input type="checkbox"/>
	c. ¿Alguna vez has pertenecido a alguna pandilla?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NR 3 <input type="checkbox"/>	

II. HABITOS DE CONSUMO

201	¿Alguna vez has probado fumar cigarrillos aunque sea un cigarrillo entero o una parte de un cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 207
202	¿Qué edad tenías cuando probaste el cigarrillo por primera vez?	_ _ años	
203	¿Alguna vez has fumado un cigarrillo entero?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 207
204	¿Qué edad tenías cuando fumaste un cigarrillo entero por primera vez?	_ _ años	

205	¿Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS has fumado?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 207	
206	¿Cuántos días fumaste cigarrillos en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	_ _ _ días		
207	¿Alguno(a) de tus mejores amigos(as) fuma cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
208	¿Alguna de las personas con las que vives fuma cigarrillo?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
209	¿Alguna vez has probado una bebida alcohólica (como cerveza, chicha, guarapo, vino, aguardiente o licor)?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 212	
210	¿Qué edad tenías la primera vez que lo hiciste?	_ _ _ años		
211	(L) Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, en promedio, ¿con qué frecuencia consumiste alcohol?			
	No consumiste alcohol los últimos 12 meses	1 <input type="checkbox"/>	Varias veces por semana	5 <input type="checkbox"/>
	2 a 4 veces al año	2 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días	6 <input type="checkbox"/>
	Una vez al mes	3 <input type="checkbox"/>	Todos los días	7 <input type="checkbox"/>
	Una vez por semana	4 <input type="checkbox"/>		
212	¿Alguno de tus mejores amigos(as) consume algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
213	Durante EL ÚLTIMO MES, ¿alguno de tus mejores amigos (as) tuvo una borrachera con algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	
214	¿Alguna de las personas con quien vives consume habitualmente (al menos una vez a la semana o con más frecuencia) algún tipo de bebida alcohólica?	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> No estoy seguro 3 <input type="checkbox"/>	

III COMPORTAMIENTO Y PLANES

301	(L) Voy a leerte algunos eventos para que me digas con qué frecuencia te suceden: Siempre, Casi siempre, pocas veces o nunca. ...¿Con qué frecuencia tus padres o acudientes? 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 4	Siempre	Casi siempre	Pocas veces	Nunca	No aplica
	a. Saben dónde estás cuando sales de la casa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	b. Saben con qué amigos sales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	c. Saben cómo te va en el colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
302	(L) A continuación te leeré una lista de eventos que pueden sucederte en el futuro. Por favor, para a cada uno de ellos indícame a qué edad crees que sucederá por primera vez en tu vida. Si crees que no sucederá dices "Nunca". Si alguno de estos eventos ya ha sucedido, por favor indícame la edad a la cual pasó por primera vez. 👉Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 8	1. SUCEDERÁ CUANDO TENGAS...	2. SUCEDIÓ CUANDO TENÍAS..	3. NUNCA		
	a. Irte de la casa o dejar de vivir con tus padres	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>		
	b. Casarte o irte a vivir con tu pareja	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>		
	c. Tener tu primer hijo	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>		
	d. Terminar tus estudios de bachillerato	_ _ _ años	_ _ _ años	<input type="checkbox"/>		

	e. Ingresar a estudiar una carrera profesional	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
	f. Terminar una carrera profesional	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
	g. Conseguir un trabajo estable	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
	h. Crear tu propio negocio	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
	i. Comprar una casa propia	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
	j. Comprar un carro	_ _ años	_ _ años	<input type="checkbox"/>
303	¿Cuántos años CREES que vas a vivir?	1 <input type="checkbox"/> _ _ años 2 <input type="checkbox"/> No se		
304	¿Cuántos años QUISIERAS vivir?	1 <input type="checkbox"/> _ _ años 2 <input type="checkbox"/> No se		

IV. USO DEL TIEMPO

401	Durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, ¿cuántos días fuiste físicamente activo por lo menos durante 60 minutos diarios? Entrevistador(a) Lea al entrevistado(a): Piensa en todo el tiempo que estuviste haciendo actividades que incrementarían los latidos de tu corazón y que te hicieran respirar fuerte.	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> (días)				
402	Entrevistador(a) Lea al entrevistado(a): A continuación voy a leerte una serie de actividades, y también voy a leerte una escala de tiempos, para que me indiques qué tanto tiempo dedicas a cada una de ellas en un día normal: (L) En un día normal entre semana (lunes a viernes,) ¿cuánto tiempo le dedicas fuera del colegio a? Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 9	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y menos de 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas
	a. Ver televisión, películas o videos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	b. Usar el computador o internet por diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	c. Pasar tiempo con tus padres: conversar, actividades de recreación, o ayuda con tareas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	d. Jugar con tus hermanos, hermanas o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	e. Realizar alguna tarea u oficio en tu casa (por ejemplo, lavar la loza, lavar la ropa, cuidar a tus hermanos o hermanas, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	f. Hacer deporte o ejercicio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	g. Leer por gusto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	h. Hacer las tareas del colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	i. Jugar con video juegos (por ejemplo, PlayStation®, PSP®, GameCube®, Xbox®, Wii®)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j. Participar en un grupo u organización infantil o juvenil (por ejemplo, exploradores o grupo de la iglesia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
403	(L) En un día normal en fin de semana (sábado, domingo o festivos), ¿cuánto tiempo le dedicas fuera del colegio a? Entrevistador(a) entregue al entrevistado/a la tarjeta 9	Nada	Menos de 1 hora	Entre 1 y menos de 2 horas	Entre 2 y 4 horas	Más de 4 horas
	a. Ver televisión, películas o videos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	b. Usar el computador o internet por diversión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	c. Pasar tiempo con tus padres: conversar, actividades de recreación, o ayuda con tareas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	d. Jugar con tus hermanos, hermanas o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	e. Realizar alguna tarea u oficio en tu casa (por ejemplo, lavar la loza, lavar la ropa, cuidar a tus hermanos o hermanas, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. Hacer deporte o ejercicio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

	g. Leer por gusto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
	h. Hacer las tareas del colegio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
	i. Jugar con video juegos (por ejemplo, PlayStation®, PSP®, GameCube®, Xbox®, Wii®)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
	j. Participar en un grupo u organización infantil o juvenil (por ejemplo, exploradores o grupo de la iglesia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
1000	👉Entrevistador(a) una vez termine la entrevista, diligencie esta pregunta POR OBSERVACIÓN:										
	Use la PALETA DE COLORES, (<u>Tarjeta 5</u>) y asigne el código correspondiente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
		Ya se codificó en módulo 3 12 <input type="checkbox"/>									