

INSTRUMENT 2

**SRAE PARTICIPANT EXIT SURVEY
HIGH SCHOOL AND OLDER**

Spanish

Formulario aprobado
No Control OMB: 0970-0536
Fecha de vencimiento: 12/31/2025

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EVITAR EL RIESGO SEXUAL (SRAE, por sus siglas en inglés)

ENCUESTA DE SALIDA DE PARTICIPANTE ESCUELA SECUNDARIA Y MAYORES

Gracias por su ayuda con este importante estudio. Esta encuesta incluye preguntas sobre su familia, amigos, escuela, y también sus actitudes y comportamientos. Su nombre no será incluido en la encuesta y sus respuestas permanecerán privadas en la medida permitida por la ley. Queremos que sepa que:

1. Su participación en esta encuesta es voluntaria.
2. Esperamos que conteste todas las preguntas, pero puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar.
3. Las respuestas que dé se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley.

LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES DE 1995

La carga al público para esta recopilación de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, recopilar y mantener los datos necesarios y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no está obligada a responder a, una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. La información recopilada ayudará a los formuladores de pólizas, proveedores de programas y otras partes interesadas a comprender las experiencias de los jóvenes de hoy e identificar formas de reducir los comportamientos de riesgo. Esta información también informará a los programas sobre la mejor manera de servir a sus participantes. La recopilación de esta información es voluntaria y las respuestas se mantendrán privadas en la medida permitida por la ley. El número OMB para esta recopilación de información es 0970-0536 y la fecha de vencimiento es el 12/31/2025.

Instrucciones Generales

POR FAVOR LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE: Hay distintas maneras de responder a las preguntas en esta encuesta. Es importante que siga las instrucciones cuando conteste cada tipo de pregunta. Aquí hay algunos ejemplos.

- **POR FAVOR MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS EN LAS CASILLAS BLANCAS PROVISTAS.**
- **USE UN BOLÍGRAFO O UN LÁPIZ.**

1. EJEMPLO 1: MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

¿De qué color son sus ojos?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Marrón
- Azul
- Verde
- Otro color

Si el color de sus ojos es marrón, marcará una (X) en la primera casilla como indicado.

2. EJEMPLO 2: MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

¿Planea hacer alguna de las siguientes cosas la próxima semana?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Ver una película
- Ir a un partido de béisbol
- Estudiar en la casa de un amigo

Si planea ver una película e ir a un partido de béisbol la próxima semana, marcará una (X) en ambas casillas.

Por favor responda a las siguientes preguntas lo mejor que pueda. El primer grupo de preguntas es acerca de usted.

1. ¿Cuántos años tiene?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

2. ¿En qué grado está? (Si en este momento está de vacaciones o en escuela de verano, indique el grado en que estará cuando vuelva a la escuela.)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- 9o
- 10o
- 11o
- 12o
- Mi escuela no asigna niveles en grados
- Dejé la escuela y no estoy estudiando para obtener un diploma de secundaria o GED
- Estoy estudiando para obtener un GED
- Tengo un diploma de secundaria o GED pero no estoy matriculado(a) en universidad ni escuela vocacional en este momento
- Tengo un diploma de secundaria o GED y estoy matriculado(a) en universidad o escuela vocacional en este momento

3. Cuando está en casa o con su familia, ¿qué idioma o idiomas habla usualmente?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Inglés
- Español
- Otro (especifique): _____

4. ¿Es hispano(a) o latino(a)?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Sí
- No

5. ¿Cuál es su raza?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Indígena de las Américas o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanca o caucásica
- Otro (especifique): _____

6. ¿Cuál es su sexo?

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA

- Masculino
- Femenino

7. ¿Está actualmente ...?

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN

- Viviendo con familiares [padre/madre, tutor(a), abuelos, u otros parientes]
- En casa de acogida temporal, viviendo con una familia
- En casa de acogida temporal, viviendo en un hogar de grupo
- "Couch surfing" o mudándose de casa en casa
- Viviendo a la intemperie, en una ciudad de carpa o campamento para indigentes, en un automóvil, en un vehículo abandonado, o en un edificio abandonado
- Quedándose en un albergue de emergencia o programa de vivienda transicional
- Quedándose en un hotel o motel
- En centro de detención de menores, hogar grupal de menores, y/o bajo la supervisión de un oficial de libertad condicional
- Ninguno de los anteriores

Para las preguntas 8 a 12, por favor piense en cómo el programa que acaba de completar le ha afectado a usted, aunque el programa no cubrió el tema.

8. ¿ Ha hecho su participación en el programa que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted... (Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. tome decisiones para no beber alcohol?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. tome decisiones para no fumar cigarrillos o productos de cigarro (cigarros o puros pequeños)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. tome decisiones para no usar otros productos de tabaco (como tabaco de mascar, tabaco de chupar llamado rapé, "dip", o "snus")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tome decisiones para no usar productos electrónicos de vapor (como JUUL, Vuse, MarkTen, y blu)? (los productos electrónicos de vapor incluyen cigarrillos electrónicos, vapes, bolígrafos vape, cigarros electrónicos, cachimbas, plumas de cachimba y mods)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. tome decisiones para no usar marihuana (también llamada marijuana, hierba, o cannabis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. tome decisiones para no tomar medicamentos recetados para el dolor sin receta de un médico o de forma diferente a la que el doctor le dijo que los usara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Ha hecho su participación en el programa que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted... (Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. resista o diga no a la presión de compañeros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. maneje sus emociones de una manera saludable (por ejemplo, de una manera que no le haga daño a usted ni a otras personas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. piense en las consecuencias antes de tomar una decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. hable con su padre/madre, tutor(a), o cuidador(a) acerca del sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Ha hecho su participación en el programa que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted... (Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. haga planes para alcanzar sus metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. se interese en tener éxito en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Ha hecho su participación en el programa que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted... (Nota: Si el programa no ha afectado su probabilidad de hacer las siguientes, elija "Casi igual".)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. entienda mejor en qué consiste una relación saludable?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. resista o diga no a alguien si le presiona para participar en actos sexuales, como besar, tocar las partes privadas, o sexo? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. hable con una persona/adulto de confianza (por ejemplo, un miembro de su familia, profesor, consejero, entrenador, etc.) si alguien le hace sentir incómodo(a), le hace daño o le presiona para hacer cosas que no quiere hacer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Ha hecho su participación en el programa que sea más probable, casi igual, o menos probable que usted...

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Mucho más probable	Algo más probable	Casi igual	Algo menos probable	Mucho menos probable
a. planeo aplazar las relaciones sexuales hasta terminar la secundaria u obtener su GED?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. planeo aplazar las relaciones sexuales hasta terminar la universidad o completar otro programa educativo o de capacitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. planeo aplazar las relaciones sexuales hasta casarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. planeo casarse antes de tener un hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. planeo tener un trabajo estable a tiempo completo antes de casarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. planeo tener un trabajo estable a tiempo completo antes de tener un hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de comportamientos personales, incluyendo sexo y embarazo. Recuerde, todas sus respuestas se mantendrán privadas.

13. Como resultado de estar en el programa, ¿planea abstenerse de relaciones sexuales (elegir no tener relaciones sexuales)?

- Sí → PASE A PREGUNTA 14
- No → PASE A PREGUNTA 15, PRÓXIMA PÁGINA
- No estoy seguro(a) → PASE A PREGUNTA 15, PRÓXIMA PÁGINA

14. ¿Qué tan importante es cada una de estas razones en su decisión de no tener relaciones sexuales? (Nota: No conteste esta pregunta si respondió “No” o “No estoy seguro(a)” en la pregunta 13.)

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Para nada importante	No muy importante	Algo importante	Muy importante
a. cómo puede afectar sus planes para el futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. las posibles consecuencias emocionales y sociales (por ejemplo, sentir tristeza o arrepentimiento, decepcionar a su padre/madre o tutor(es), y/o reacciones negativas de sus compañeros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. el riesgo de quedar embarazada o embarazar a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas son acerca de sus experiencias en el programa que acaba de completar. Piense en todas las sesiones o clases del programa a las que asistió.

15. Aunque no asistió a todas las sesiones o clases en este programa, ¿con qué frecuencia *en este programa...*

MARQUE SÓLO UNA RESPUESTA POR RENGLÓN

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Nunca
a. sintió interés en sesiones o clases del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sintió que el material presentado era claro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. le ayudaron las charlas o actividades a aprender lecciones del programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. tuvo oportunidad de hacer preguntas acerca de temas o problemas que surgieron en el programa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. se sintió respetado(a) como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias por participar en esta encuesta!