



De:

HORA:

MINUTOS:

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																				
111	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio, universidad, curso de alfabetización?	SI..... 1 NO..... 2	119																																																																																				
112	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó?	<table><tr><td></td><td>NIVEL</td><td>CURSO</td><td></td></tr><tr><td>NINGUNO.....</td><td>1</td><td>0</td><td>116</td></tr><tr><td>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....</td><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....</td><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO</td></tr><tr><td>BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....</td><td>4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....</td><td>5</td><td></td><td></td></tr><tr><td>MEDIO (1 A 4 AÑOS).....</td><td>6</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR</td></tr><tr><td>PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....</td><td>7</td><td></td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....</td><td>8</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</td></tr><tr><td>PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....</td><td>9</td><td></td><td></td></tr><tr><td>SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....</td><td>10</td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="4">EDUCACIÓN SUPERIOR</td></tr><tr><td>NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....</td><td>11</td><td></td><td></td></tr><tr><td>UNIVERSIDAD</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>LICENCIATURA.....</td><td>12</td><td></td><td></td></tr><tr><td>POSTGRADO.....</td><td>13</td><td></td><td></td></tr><tr><td>TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....</td><td>14</td><td></td><td></td></tr><tr><td>INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....</td><td>15</td><td></td><td></td></tr></table>		NIVEL	CURSO		NINGUNO.....	1	0	116	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	2			EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	3			SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO				BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....	4			INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....	5			MEDIO (1 A 4 AÑOS).....	6			SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR				PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....	7			SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....	8			SISTEMA ESCOLAR ACTUAL				PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	9			SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	10			EDUCACIÓN SUPERIOR				NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	11			UNIVERSIDAD				LICENCIATURA.....	12			POSTGRADO.....	13			TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....	14			INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	15			
	NIVEL	CURSO																																																																																					
NINGUNO.....	1	0	116																																																																																				
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	2																																																																																						
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	3																																																																																						
SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO																																																																																							
BÁSICO (1 A 5 AÑOS).....	4																																																																																						
INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS).....	5																																																																																						
MEDIO (1 A 4 AÑOS).....	6																																																																																						
SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR																																																																																							
PRIMARIA (1 A 8 AÑOS).....	7																																																																																						
SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS).....	8																																																																																						
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL																																																																																							
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	9																																																																																						
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	10																																																																																						
EDUCACIÓN SUPERIOR																																																																																							
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	11																																																																																						
UNIVERSIDAD																																																																																							
LICENCIATURA.....	12																																																																																						
POSTGRADO.....	13																																																																																						
TÉCNICO SUPERIOR Y TÉC. MEDIO (1 A 3 AÑOS)....	14																																																																																						
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	15																																																																																						
113	VERIFICAR 101A: 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MAS <input type="checkbox"/>	116																																																																																				
114	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	119																																																																																				
115	¿Cuál fue la principal razón por la que no asiste a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SE CASO/SE JUNTO..... 2 TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS..... 3 FALTA DE DINERO..... 4 POR TRABAJO..... 5 POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/DISCAPACIDAD..... 6 LOS ESTABLECIMIENTOS SON DISTANTES..... 7 CULMINO SUS ESTUDIOS..... 8 FALTA DE INTERÉS/NO QUISO ESTUDIAR..... 9 SU PAREJA NO LA DEJO..... 10 LOS SUEGROS O PADRES NO LO PERMITEN..... 11 ACOSO EN EL LUGAR DE ESTUDIO..... 12 OTRA 96 (ESPECIFIQUE)																																																																																					
116	VERIFICAR 112 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Ninguno, curso de alfabetización, educación inicial 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="checkbox"/>	OTRO NIVEL <input type="checkbox"/>	119																																																																																				
117	¿Alguna vez ha participado usted en un programa de alfabetización o programa YO SI PUEDO?	SI..... 1 NO..... 2																																																																																					
118	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE LA TARJETA AL ENTREVISTADO SI EL ENTREVISTADO NO PUEDE LEER TODA LA FRASE INDAGUE: ¿Puede leer alguna parte de la frase?	NO PUEDE LEER..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4 (ESPECIFIQUE EL IDIOMA) CIEGO/PROBLEMAS VISUALES..... 5	120																																																																																				
119	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico? (impreso o digital)	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																																																																					
120	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																																																																					
121	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																																																																					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS		PASE A
122	¿Cuántos días a la semana entra a internet o a una red social?	TODOS LOS DÍAS 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5		
123	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más: A Levantar cosas pesadas? B Manejar bicicleta ? C Caminar ? D Subir gradas o pendientes? E Bailar? F Trotar? G Correr? X alguna otra? (Especifique)	SI NO LEVANTAR COSAS PESADAS..... 1 2 MANEJAR BICICLETA..... 1 2 CAMINAR 1 2 SUBIR GRADAS O PENDIENTES..... 1 2 BAILAR..... 1 2 TROTAR..... 1 2 CORRER..... 1 2 OTRA..... 1 2 (ESPECIFIQUE)		
124	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más?	NÚMERO DE DIAS A LA SEMANA <input type="text"/>		
125	¿Cuántas horas pasa sentado diariamente?	NUMERO HORAS AL DIA <input type="text"/> <input type="text"/>		
126	¿Usted cree que realizar actividades físicas y/o deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3		
127	Durante el ultimo mes ¿sintio dolor de cabeza y/o zumbido en los oidos y/o sangrado por la nariz?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3		
128	Durante el ultimo mes ¿Sintio disminucion de peso aumento de la frecuencia para orinar, aumento de la sed o aumento del apetito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3		
129	Durante las ultimas dos semanas , ¿usted donde consumo con mayor frecuencia las comidas principales?	DENTRO DEL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2		
130	Ahora quisiera preguntarle acerca de los diferentes tipos de alimentos que, usted consumió el día de ayer durante el día o durante la noche, bien por separado o con otros alimentos. <div>Usted tomó/comió: SI NO NS</div> <div>1. CEREALES, TUBERCULOS Y DERIVADOS</div> <div>A Cereales y derivados:Arroz,fideo,quinua, pan,galletas,otros. A 1 2 8</div> <div>B Leguminosas: Lenteja, poroto, frijol, tarhui y otros B 1 2 8</div> <div>C Tuberculos: Papa,oca, yuca, chuño y otros C 1 2 8</div> <div>2. VERDURAS</div> <div>D Color verde oscuro: Acelga, espinaca, apio, brocoli y otros D 1 2 8</div> <div>E Color amarillo a naranja por dentro: zapallo, zanahoria, E 1 2 8</div> <div>F Cualquier otra verdura F 1 2 8</div> <div>3. FRUTAS</div> <div>G Color amarillo a naranja por dentro:papaya,mango,piña,otros G 1 2 8</div> <div>H Cualquier otra fruta H 1 2 8</div> <div>4. LACTEOS Y DERIVADOS</div> <div>I Leche, yogurt, queso y otros I 1 2 8</div> <div>5. CARNES, DERIVADOS Y HUEVOS</div> <div>J Res, Hígado, Riñon, Corazón, J 1 2 8</div> <div>K Pollo, Pescado, Mariscos, Cerdo, Cordero, Llama, Conejo y visceras K 1 2 8</div> <div>L huevo L 1 2 8</div> <div>6. GRASAS Y DERIVADOS</div> <div>M Aceite vegetal, oliva, girasol, maíz, soja y otros M 1 2 8</div> <div>N manteca, cebo, margarina N 1 2 8</div> <div>O mantequilla O 1 2 8</div> <div>7. AZUCARES</div> <div>P Azucar blanca P 1 2 8</div> <div>Q Azúcar morena, miel, chancaca y otros Q 1 2 8</div> <div>8. OTROS</div> <div>R Agua R 1 2 8</div> <div>S Otros liquidos(té, mate, café) S 1 2 8</div>			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
131	Ahora me gustaría preuntarle acerca del consumo en la ultima semana de los siquientes productos...	<div>SI NO NS</div> <div>COMIDA RAPIDA 1 2 8</div> <div>Pollo broaster, Hamburguesa, Salchipapa, Hot dog, papas fritas y otras frituras</div> <div>BEBIDAS AZUCARADAS 1 2 8</div> <div>Bebidas con gas, Nectar, Jugos envasados, Energizantes, Otros</div> <div>ALIMENTOS PROCESADOS..... 1 2 8</div> <div>Tortas, queques, roscas, galletas dulces/ dulces/ saladas y otros</div>	
132		133 Me podría decir si...	
A	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable en el trabajo?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?
B	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable, en su vida social?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?
C	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable en sus estudios?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?
D	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable en su familia?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas?
134	¿Se siente triste o llora con mucha frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2	
135	¿Ya no disfruta de actividades de las que antes disfrutaba?	SI..... 1 NO..... 2	
136	¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño, en acabar con su vida o en la muerte?	SI..... 1 NO..... 2	
137	¿En los últimos 12 meses usted ha tomado bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	141
138	¿Con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas?	<div>Nº DE VASOS</div> <div>TODOS LOS DÍAS..... 1</div> <div>UN DIA A LA SEMANA..... 2</div> <div>A VECES..... 3</div>	
139	¿Alguna vez el consumo de bebidas alcohólicas ha interferido con sus actividades cotidianas en:	<div>SI NO</div> <div>EN SU TRABAJO..... 1 2</div> <div>EN SUS ESTUDIOS..... 1 2</div> <div>EN SU FAMILIA..... 1 2</div> <div>EN SU SALUD..... 1 2</div> <div>OTRA..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
140	¿Alguna vez, bajo el efecto del consumo de bebidas alcohólicas, usted ha provocado o ha cometido acciones que atentan contra otras personas tales como:	<div>SI NO</div> <div>AGRESIONES A SU PAREJA..... 1 2</div> <div>AGRESIONES A SUS HIJAS/OS..... 1 2</div> <div>AGRESIONES A TERCEROS..... 1 2</div> <div>VIOLACIONES..... 1 2</div> <div>ACCIDENTES / HECHOS DE TRÁNSITO..... 1 2</div> <div>INTENTOS DE SUICIDIO..... 1 2</div> <div>OTRA..... 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
141	¿En los últimos 12 meses, usted ha fumado?	SI..... 1 NO..... 2	145
142	¿Con qué frecuencia ha fumado consumido cigarrillos?	<div>Nº DE CIGARRILLOS</div> <div>TODOS LOS DÍAS..... 1</div> <div>UN DÍA A LA SEMANA 2</div> <div>A VECES..... 3</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
143	¿Usted fumaba en la casa, en presencia de su esposa/compañera cuando ella estaba embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 ESPOSA/COMPAÑERA NUNCA EMBARAZADA..... 3	
144	¿Sábe que el humo del tabaco que fuma dentro de la casa provoca daños a su salud y a la de su familia?	SI..... 1 NO..... 2	
145	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y del tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	147
146	Mencione cuales conoce:	MARIHUANA..... A COCAINA B EXTASIS C HACHIS D ANFETAMINAS E INHALANTES(CLEFA) F HEROÍNA G LSD H TRANQUILIZANTES /PSICOESTIMULANTES..... I OTROS X _____ ESPECIFIQUE	
147	¿En qué momento se lava las manos?	ANTES DE COMER..... A DESPUÉS DE UTILIZAR EL BAÑO B DESPUÉS DE CAMBIAR PAÑALES C ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS D ANTES DE DARLE DE COMER A SU HIJA/O..... E OTRA..... X (ESPECIFIQUE) EN NINGÚN MOMENTO..... Y	
148	Durante la semana pasada, ¿trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones u otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	151
149	Durante la semana pasada, ¿Usted que gestiones hizo para buscar trabajo?	BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ..... 1 BUSCÓ ANTES Y ESPERA RESPUESTA..... 2 BUSCO TRABAJO HABIENDO TRABAJADO ANTES? 3 ESPERA PERIODO DE MAYOR ACTIVIDAD 4 ACUDIO A LA BOLSA DE TRABAJO 5 REALIZO CONSULTAS CONTINUAS A PERIODICOS, AMIGOS Y EMPLEADORES..... 6 OTRAS CAUSAS..... 7 NO BUSCO TRABAJO 8	157
150	¿Es usted estudiante, responsable de labores/tareas del hogar, jubilado o benemérito, enfermo o persona con discapacidad o persona de edad avanzada?	ESTUDIANTE..... 1 RESPONSABLE DE LABORES/TAREAS DEL HOGAR..... 2 JUBILADO/BENEMÉRITO..... 3 ENFERMO/ PERSONA CON DISCAPACIDAD..... 4 PERSONA DE EDAD AVANZADA..... 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	201
151	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue su ocupación principal?	_____ _____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)	
152	VERIFICAR 151 1. TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES	2. NO TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES	154
153	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	TIERRA PROPIA 1 TIERRA DE LA FAMILIA 2 TIERRA ARRENDADA 3 TIERRA DE OTRA PERSONA 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
154	¿Hace (hacía) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	PARA UN FAMILIAR..... 1 PARA OTRO NO FAMILIAR 2 CUENTA PROPIA..... 3	
154A	¿Usted usualmente trabaja en el hogar o fuera del hogar?	EN EL HOGAR..... 1 FUERA DEL HOGAR..... 2	
155	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR ÉPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO 3	157
156	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba) o no le pagan (pagaban)?	SOLO DINERO 1 DINERO Y ESPECIE 2 ESPECIE SOLAMENTE 3 NO LE PAGAN 4	201
157	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó usted?	NÚMERO DE MESES <input type="text"/>	
158	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba)?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA(BA) TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	

SECCIÓN II. REPRODUCCIÓN			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
201	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos sus hijos e hijas si es que ha tenido. Estamos interesados solamente en hijos e hijas que usted ha engendrado, es decir, sus hijos propios. ¿Ha tenido usted algún hijo o hija propio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	206
202	De los hijos o hijas que usted tuvo ¿Hay algún hijo o hija que esté viviendo ahora con usted?	SI..... 1 NO..... 2	204
203	¿Cuántos hijos (varones) viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS EN CASA HIJAS EN CASA	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que esté viva(o), pero que no esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	206
205	¿Cuántos hijos (varones) están vivos pero NO viven con usted? ¿Cuántas hijas (mujeres) están vivas pero NO viven con usted? SI NINGUNO, ESCRIBA '00'.	HIJOS FUERA..... HIJAS FUERA.....	
206	¿Alguna vez tuvo una niña o un niño que nació viva/o pero que falleció después? SI DIJO NO, INDAGUE: ¿Tuvo usted alguna/algún (otra/o) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto? ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... HIJAS MUERTAS.....	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS O HIJAS, ANOTE "00"	TOTAL.....	
209	VERIFICAR 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL hijos/as nacidos/as vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI NO → INDAGUE Y CORRIJA 201 A LA 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFICAR 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS NINGÚN NACIDO VIVO → 301		
211	¿Cuando tuvo su primera/er hija/o, Usted dejó de estudiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA 3	213
212	¿Cuando tuvo sus siguientes hijas/os, Usted dejó de estudiar?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA 3 NO MAS HIJOS..... 4	
213	VERIFICAR SI 211 Ó 212 = 1	OTRAS RESPUESTAS EN 211 Y 212 → 215	
214	¿Cuál es la razón por la que dejó de estudiar? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOS A POR TRABAJO..... B LA ESPOSA O SU PAREJA NO QUERÍA C LOS SUEGROS O PADRES NO QUERIAN.... D FALTA DE DINERO E OTRAS RAZONES X (ESPECIFIQUE)	
215	Las/os hijas/os que Usted ha tenido, ¿Todas/os han sido con la misma mujer?	SI..... 1 NO..... 2	
216	¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer/a hijo/a?	EDAD EN AÑOS.....	

SECCIÓN III. ANTICONCEPCIÓN/ PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
Ahora me gustaría conversar con usted sobre planificación familiar, es decir, acerca de las diferentes formas o métodos que una pareja puede usar para demorar (dejar para después) o evitar un embarazo.			
301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar? - MARCAR EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE. - PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE: ¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO) - MARCAR EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO MARCAR EL CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.		302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO) con alguna de sus parejas?	
01	ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS) Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijas/os.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	¿Ha tenido usted una pareja que se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
02	ESTERILIZACIÓN/ OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA) Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijas/os.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijas/os? SI..... 1 NO..... 2
03	PÍLDORAS/PASTILLAS (MÉTODOS ORALES) Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
04	DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un anillo o una T de cobre en la matriz.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
05	INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA (PARA NO TENER HIJOS/AS) Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
06	IMPLANTES Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
07	ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE) Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 48 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
08	CONDÓN (PRESERVATIVO) Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada y también como modo de evitar la transmisión de infecciones.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
09	CONDÓN FEMENINO Las mujeres pueden usar una fundita de goma que tiene dos anillos, uno interno que no contiene espermicidas, que permite la colocación fácil dentro de la vagina, y el otro externo con un diámetro más grande, abierto y más flexible, que cubre los labios y clítoris e impide que el condón se introduzca demasiado en la vagina y que pierda posición. Evita que la mujer quede embarazada y también protege de la transmisión de infecciones.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
10	TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES) La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
11	MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA) Las mujeres pueden alimentar a su niño sólo con el seno durante los primeros 6 meses mientras no le ha llegado la regla o menstruación para evitar así quedar embarazada.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
12	RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS, ROSARIO Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
13	RETIRO (COITO INTERRUPTIDO) Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 → NO..... 2 ↘	SI..... 1 NO..... 2
14	OTRO MÉTODO ¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?	SI 1 → (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) NO 2	SI..... 1 NO..... 2 SI..... 1 NO..... 2
303	VERIFICAR 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	Ahora me gustaría preguntarle sobre la posibilidad/ riesgo/probabilidad de embarazo que tiene la mujer. ¿Considera usted que entre una menstruación y otra hay días en que la mujer tiene más posibilidad/riesgo/ probabilidad de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	306
305	Para usted ¿cuáles son esos días: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación, en la mitad del ciclo menstrual, o en cualquier momento ?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN 2 INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE TERMINADA LA MENSTRUACIÓN 3 EN LA MITAD DEL CICLO MENSTRUAL 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRA..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE 8	
306	¿Usted tiene conocimiento que durante los primeros meses después de tener un hijo, una mujer que está dando el pecho/dando de lactar, no puede quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
10			

SECCIÓN IV. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
401	¿Actualmente, está usted casado o vive en unión con su pareja?	SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 SI, VIVIENDO CON UNA MUJER..... 2 SI, VIVIENDO CON UN HOMBRE..... 3 NO, NI CASADO NI EN UNIÓN..... 4	403
402	¿Ha estado usted casado o unido alguna vez aunque haya sido sólo por un tiempo?	SI, ESTUVO CASADO..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	404
403	Aparte de la esposa o pareja que vive en la casa ¿Actualmente, tiene usted alguna otra pareja sexual regular u ocasional, o no tiene otra pareja sexual?	OTRA PAREJA REGULAR 1 OTRA PAREJA OCASIONAL 2 OTRAS PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES..... 3 NO TIENE OTRA PAREJA 4	406
404	¿Actualmente, tiene usted pareja sexual regular, ocasional, o no tiene pareja sexual?	SOLO PAREJA REGULAR 1 SOLO PAREJA OCASIONAL..... 2 PAREJAS REGULARES Y OCASIONALES 3 NO TIENE PAREJA 4	
405	¿Cuál es su estado civil actual: viudo, separado, divorciado o soltero?	VIUDO..... 1 SEPARADO..... 2 DIVORCIADO..... 3 SOLTERO 4	408 412
406	¿Su esposa/compañera/o vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON ÉL..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	408
407	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA ESPOSA/ COMPAÑERA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTA LISTADA EN EL HOGAR, ESCRIBA "00".	NOMBRE: _____ No. ORDEN.....	
408	¿Ha estado usted casado o en unión libre con una mujer sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	410
409	En total, ¿Con cuántas mujeres ha estado usted casado o en unión libre en toda su vida?	NÚMERO DE MUJERES.....	
410	VERIFICAR 408: CASADO/UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> CASADO/ UNIDO MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposa/ compañera? ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primera esposa o compañera?	MES NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 9998	412
411	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con su esposa o pareja?	EDAD.....	
412	Ahora necesito hacerle algunas preguntas sobre su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida familiar ¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?	NUNCA HA TENIDO 00 EDAD EN AÑOS..... CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95	432
413	VERIFICAR 101A EDAD: 15 a 24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 - 64 AÑOS <input type="checkbox"/>		416
414	¿Dónde recibió por primera vez información o educación para la sexualidad? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	EN SU CASA..... A EN LA ESCUELA..... B INTERNET..... C AMIGOS..... D OTRO X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
415	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿uso condón?	SI..... 1 NO..... 2	
416	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR EL ENTREVISTADO, PERO SI LA RESPUESTA EQUIVALE A 12 MESES O MÁS, ANOTE EN "AÑOS"	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	429
417	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿uso condón?	SI..... 1 NO..... 2	419
418	¿Cuál fue la razón principal por la cual usted usó condón esa última vez?	PARA PROTEGERSE DEL VIH/SIDA..... 1 PARA PROTEGERSE DE UNA ITS..... 2 PARA EVITAR UN EMBARAZO..... 3 PARA PREVENIR AMBOS, VIH/SIDA Y EMBARAZO 4 NO CONFIABA EN SU PAREJA/PENSABA QUE ELLA TIENE OTRAS PAREJAS..... 5 SU PAREJA SE LO PIDIÓ/ INSISTIÓ 6 OTRA 96 NO SABE..... 98	
419	VERIFICAR 302 SI ESTA ESTERILIZADO O NO - OPCION 2	NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>	424
420	VERIFICAR 418 SI USÓ CONDÓN PARA PREVENIR EMBARAZO: USÓ CONDÓN (CÓDIGOS 03 Ó 04) <input type="checkbox"/> OTRAS RESPUESTAS, NO CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer, usted o ella usaron algo además de condón para evitar un embarazo? ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con una mujer, usted o ella usaron algo para evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ INSEGURO 8	422 424
421	¿Qué método usaron para evitar un embarazo?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 1 ESTERILIZACIÓN MASCULINA 2 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 3 DIU..... 4 INYECCIONES..... 5 IMPLANTE 6 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 7 CONDÓN MASCULINO..... 8 CONDÓN FEMENINO..... 9 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 OTRO MÉTODO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	424

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
422	<div>VERIFICAR 418 SI EL CONDÓN FUE UTILIZADO PARA PREVENIR/EVITAR EMBARAZO:</div> <div>OTRAS RESPUESTAS/ NO CÓDIGO MARCADO<div></div></div> <div>CONDÓN UTILIZADO PARA PREVENIR EMBARAZO<div></div></div> <div>(CÓDIGOS 03,04)</div>	<div></div> <div>→ 424</div>	
423	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron métodos para evitar un embarazo?	<div>NO ERA MI RESPONSABILIDAD 11</div> <div>PAREJA SEXUAL CASUAL 12</div> <div>RAZONES DE FECUNDIDAD</div> <div>MUJER MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA. 21</div> <div>PAREJA SUBFÉRIL/INFÉRIL 22</div> <div>PAREJA YA EMBARAZADA 23</div> <div>PERIODO POSTPARTO/AMENORREICA..... 24</div> <div>EN PERIODO DE POSTABORTO..... 25</div> <div>ESPOSA/PAREJA AMAMANTANDO 26</div> <div>QUERÍAN TENER (MÁS) HIJOS 27</div> <div>OPOSICIÓN AL USO</div> <div>ENTREVISTADO SE OPONE 31</div> <div>PAREJA SE OPONE..... 32</div> <div>OTROS SE OPONEN 33</div> <div>PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 34</div> <div>FALTA DE CONOCIMIENTO</div> <div>NO CONOCE MÉTODOS 41</div> <div>NO SABE DÓNDE CONSEGUIRLO..... 42</div> <div>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</div> <div>RAZONES DE SALUD 51</div> <div>MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS..... 52</div> <div>INCÓMODO DE USAR 53</div> <div>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES</div> <div>DEL CUERPO 54</div> <div>RAZONES DE ACCESO/COSTO</div> <div>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS 61</div> <div>MUY COSTOSO 62</div> <div>OTRA 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE..... 98</div>	
424	¿Con quién tuvo su última relación sexual?	<div>ESPOSA/COMPAÑERA 1</div> <div>EX-ESPOSA/ EXCOMPAÑERA 2</div> <div>NOVIA/ PROMETIDA..... 3</div> <div>AMIGA..... 4</div> <div>CONOCIDA CASUAL..... 5</div> <div>PARIENTE..... 6</div> <div>TRABAJADORA SEXUAL..... 7</div> <div>OTRO: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
425	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona?	<div>DÍAS..... 1</div> <div>SEMANAS..... 2</div> <div>MESES..... 3</div> <div>AÑOS..... 4</div>	
426	Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div>	→ 428
427	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	<div>NÚMERO DE PERSONAS.....</div>	
428	<div>En esta época se habla más abiertamente de las relaciones entre personas del mismo sexo.</div> <div>¿Usted, ha tenido sexo alguna vez con:</div> <div>A Hombres?</div> <div>B Hombre y Mujer?</div>	<div>SI NO</div> <div>HOMBRES..... 1 2</div> <div>HOMBRE Y MUJER..... 1 2</div>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS			PASE A	
438	<p>¿Ha tenido problemas con el uso del condón?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	DIFICULTAD PARA DESHACERSE DE ÉL	A			
		DIFICULTAD PARA PONÉRSELO/ QUITÁRSELO.....	B			
		DISMINUYE EL PLACER	C			
		COMPAÑERA/ESPOSA CUESTIONA/ NO GUSTA.....	D			
		COMPAÑERA/ESPOSA QUEDÓ EMBARAZADA	E			
		INCONVENIENTE PARA USAR	F			
		SE ROMPIÓ	G			
		OTRO: _____	X			
		(ESPECIFIQUE)				
		NINGÚN PROBLEMA.....	Z			
439	<p>Dígame con cuáles de las siguientes afirmaciones usted está de acuerdo o en desacuerdo</p> <p>A El condón disminuye el placer sexual del hombre</p> <p>B El condón es muy complicado de usar</p> <p>C El condón puede usarse varias veces</p> <p>D El condón protege contra las infecciones de transmisión sexual</p> <p>E Comprar condones es vergonzoso</p> <p>F Una mujer tiene derecho a pedirle a un hombre que use condón</p>		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SABE	
		EL CONDÓN DISMINUYE EL PLACER SEXUAL DEL HOMBRE	1	2	8	
		EL CONDÓN ES MUY COMPLICADO DE USAR	1	2	8	
		EL CONDÓN PUEDE USARSE VARIAS VECES	1	2	8	
		EL CONDÓN PROTEGE CONTRA LAS ITS	1	2	8	
		ES VERGONZOSO COMPRAR CONDÓN.....	1	2	8	
		LA MUJER TIENE DERECHO A PEDIRLE A UN HOMBRE QUE USE CONDÓN	1	2	8	
15						

SECCIÓN V. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	<div>VERIFICAR 401 Y 404 SI TIENE O NO PAREJA:</div> <div>CASADO O UNIDO: 401 = 1, 2 ó 3 <input type="checkbox"/></div> <div>CON PAREJA 404 = 1, 2 ó 3 <input type="checkbox"/></div>	<div>OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/></div>	505
502	¿Está su esposa/pareja/compañera actualmente embarazada?	<div>SI..... 1</div> <div>NO..... 2</div> <div>INSEGURO..... 3</div> <div>NO SABE..... 8</div>	
503	<div>VERIFICAR 502 SITUACIÓN DE EMBARAZO DE ESPOSA/PAREJA</div> <div>502 = 2, 3 Ó 8</div> <div>ESPOSA/ COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) <input type="checkbox"/></div> <div>NO EMBARAZADA/ INSEGURA <input type="checkbox"/></div> <div>502 = 1</div> <div>ESPOSA/ COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) <input type="checkbox"/></div> <div>EMBARAZADA <input type="checkbox"/></div> <div>Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro.</div> <div>¿Le gustaría tener una/un (otra/o) hija/o o preferiría no tener ningún (más) hija/o(s)?</div> <div>Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro.</div> <div>¿Después del bebé que su esposa/compañera(pareja principal) está esperando ahora, le gustaría tener otra/o hija/o o preferiría no tener más hija/o (s)?</div>	<div>TENER (UNA/UN OTRA/O) HIJA/O 1</div> <div>NO MÁS HIJAS/OS NINGÚN HIJO 2</div> <div>MUJER NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA..... 3</div> <div>ÉL NO PUEDE TENER MÁS HIJAS/OS..... 4</div> <div>INDECISO/ NO SABE 8</div>	505 505 505 505
504	¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta el nacimiento de una/un (otra/o) hija/o?	<div>MESES..... 1 <input type="text"/></div> <div>AÑOS 2 <input type="text"/></div> <div>PRONTO / AHORA 993</div> <div>DESPUÉS DEL MATRIMONIO / UNIÓN..... 995</div> <div>OTRA 996</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NO SABE 998</div>	
505	<div>VERIFICAR 203 Y 205:</div> <div>TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/></div> <div>NO TIENE HIJAS/OS VIVAS/OS <input type="checkbox"/></div> <div>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijas/os y pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijas/os que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</div> <div>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMÉRICA</div>	<div>NINGUNO..... 00</div> <div>NÚMERO..... <input type="text"/></div> <div>OTRA RESPUESTA: 96</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	507 507
506	¿Cuántas/os de estas/os hijas/os le habría gustado que fueran mujeres y cuántos varones y para cuántos no le importaría el sexo?	<div>HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO</div> <div>A NÚMERO <input type="text"/></div> <div>B OTRA (ESPECIFIQUE)</div>	
507	¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar embarazos?	<div>DE ACUERDO 1</div> <div>DESACUERDO 2</div> <div>NO SABE/ INSEGURO 8</div>	
508	<div>Durante los últimos 12 meses, ¿usted ha:</div> <div>A Escuchado en la radio algo sobre anticoncepción/ planificación familiar?</div> <div>B Visto en la televisión algo sobre anticoncepción/ planificación familiar?</div> <div>C Leído en periódicos o revistas algo sobre anticoncepción/ planificación familiar?</div> <div>D Visto en Internet algo sobre anticoncepción/ planificación familiar?</div> <div>X Otro?</div>	<div>SI NO</div> <div>RADIO..... 1 2</div> <div>TELEVISIÓN 1 2</div> <div>PERIÓDICOS / REVISTAS 1 2</div> <div>INTERNET..... 1 2</div> <div>OTRO 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	
509	<div>En los últimos 12 meses, ¿Usted buscó y encontró información sobre anticoncepción/ Planificación familiar :</div> <div>A En establecimiento de Salud Privado?</div> <div>B En establecimiento de Salud Público?</div> <div>C En un grupo de amigos</div> <div>D En Internet?</div> <div>E En su familia?</div> <div>X En otra parte?</div>	<div>SI NO</div> <div>EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO..... 1 2</div> <div>EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO..... 1 2</div> <div>EN UN GRUPO DE AMIGOS..... 1 2</div> <div>EN INTERNET..... 1 2</div> <div>EN SU FAMILIA..... 1 2</div> <div>OTRO 1 2</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div>	

SECCIÓN VI. PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFICAR 208: TIENE UNA/UN O MÁS HIJAS/OS <input type="checkbox"/>	NO TIENE HIJAS/OS <input type="checkbox"/>	614
602	¿Cuál es el nombre y el sexo de su última hija/o? _____ (NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO)	HOMBRE 1 MUJER..... 2	
603	¿En qué mes y año nació (NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO)?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
604	¿Está vivo(a) (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	606 606
605	¿Qué edad tenía (NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO) cuando ella/él murió? SI '1 AÑO', INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió? REGISTRE "DÍAS" SI MENOS DE 1 MES; "MESES" SI MENOS DE 2 AÑOS; O "AÑOS" SI DOS AÑOS O MÁS	DÍAS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 9 9 8	
606	¿Cuál es el nombre de la madre de (NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO) REGISTRE EL NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO/A Y EL NÚMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI LA MADRE NO ES MIEMBRO DEL HOGAR ANOTE "00" EN EL NÚMERO DE ORDEN	A NOMBRE DE LA MADRE DE LA NIÑA/O: _____ B NÚMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	VERIFICAR 603: (ÚLTIMA/O) HIJA/O NACIÓ EN ENERO DE 2018 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	(ÚLTIMA/O) HIJA/O NACIÓ ANTES DE ENERO 2018 <input type="checkbox"/>	614
608	VERIFICAR 606: MADRE DE LA (ÚLTIMA/O) HIJA/O NO VIVE EN EL HOGAR (CODIGO "00") <input type="checkbox"/>	MADRE DE LA (ÚLTIMA/O) HIJA/O VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	610
609	¿Cuál es su relación con (NOMBRE DE LA MADRE DE LA/EL NIÑA/O)?	ACTUALMENTE CASADOS/ UNIDOS 1 ERAN CASADOS/ UNIDOS (EX-ESPOSA/ COMPAÑERA) 2 ACTUALMENTE VIVEN JUNTOS 3 VIVIAN JUNTOS 4 PAREJA SEXUAL REGULAR..... 5 ELLA ES SU NOVIA/PROMETIDA 6 PAREJA SEXUAL OCASIONAL 7 AMIGA/CONOCIDA 8 OTRO 96 (ESPECIFIQUE)	
610	¿En algún momento mientras (NOMBRE DE LA MADRE DE LA/EL NIÑA/O) estaba embarazada de (NOMBRE DE LA/ EL NIÑA/O), habló usted con algún profesional de salud sobre la salud de la madre en su embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	
611	VERIFICAR 602 Y 604 NOMBRE Y SI ESTA VIVO(A): NOMBRE <input type="checkbox"/> 604 = 1	604 = 2, 8 <input type="checkbox"/>	614
612	¿Vive (NOMBRE DE LA/EL NIÑA/NIÑO) con usted?	SI..... 1 NO..... 2	614
613	¿En su hogar, quién generalmente decide qué hacer si (NOMBRE DE LA/EL NIÑA/O) se enferma? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	EL PADRE A LA MADRE DE LA/EL NIÑA/O..... B PARIENTE FEMENINO C PARIENTE MASCULINO D OTRO X (ESPECIFIQUE) NIÑO/A NUNCA SE ENFERMA Y	
614	Algunas veces una mujer embarazada puede presentar signos de peligro o problemas que indicarían que puede haber una complicación del embarazo que podría provocar un aborto, pérdida o muerte de la madre o la/el niña/o. ¿Me puede decir cuáles son algunos de estos problemas? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SANGRADO VAGINAL A FIEBRE ALTA..... B DOLOR ABDOMINAL C HINCHAZÓN DE LAS MANOS Y LOS PIES..... D TRABAJO DE PARTO DIFÍCIL POR MÁS DE 2 HORAS ... E CONVULSIONES..... F DOLOR EN EL VIENTRE BAJO..... G OTRO X (ESPECIFIQUE) NO CONOCE NINGÚN PROBLEMA Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A				
615	Cuando una/un niña/o tiene diarrea ¿Se le debe dar menos cantidad, la misma cantidad o más líquido que de costumbre?	MENOS CANTIDAD..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD 3 NO SABE 8					
616	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamado Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea?	SI..... 1 NO..... 2 → 618					
617	¿Usted ha utilizado alguna vez con su niña o niño Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vida ?	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE HIJAS/OS..... 3 → 619					
618	En el establecimiento de salud al que lleva a su niña/o, ¿recibe información/ educación sobre alimentación y nutrición que su niña o niño debe recibir?	SI..... 1 NO..... 2 PADRE NO LO LLEVA 3					
619	¿En los últimos tres años, en algún momento le pusieron a usted una vacuna antitetánica?	SI..... 1 NO..... 2 → 621 NO SABE..... 8 → 621					
620	¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica recibió en total?	VECES / DOSIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 8					
621	¿Conoce la vacuna contra la influenza estacional (H1N1)?	SI..... 1 NO..... 2					
622	¿Usted sabe que el hombre puede desarrollar cáncer de próstata?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8 } 626					
623	¿Usted sabe que el cáncer de próstata puede diagnosticarse tempranamente mediante un examen clínico y de sangre?	SI..... 1 NO..... 2					
624	¿Se ha realizado un examen clínico y/o de sangre para detectar cáncer de próstata?	SI..... 1 NO..... 2 → 626					
625	¿Hace cuanto tiempo le realizaron la última vez la prueba de Tacto Rectal y/o sangre? REGISTRE EN MESES SI ES MENOR A 1 AÑO	MESES <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>					
626	¿Conoce a alguien de la familia que: A Ha tenido cáncer de próstata? B Ha fallecido por cáncer de próstata?	SI NO SI, QUE HA TENIDO..... 1 2 SI, QUE HA FALLECIDO..... 1 2					
627	¿En los últimos 12 meses, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8 } 629					
628	¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17 SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA 22 CAJA PETROLERA..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSMIL/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO 28 SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) 32 OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR:..... 96 ESPECIFIQUE NO SABE 98					
629	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado hipertensión arterial o "presión alta"?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8					

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
630	¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial.	SI..... 1 NO..... 2	
631	¿En los últimos 12 meses, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa (azúcar en la sangre)?	SI..... 1 NO..... 2	633
632	¿Dónde le midieron a usted la glucosa (azúcar en la sangre)?	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... 11 CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... 12 CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... 13 CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... 14 SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... 15 TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... 16 HOSPITAL ESPECIALIZADO..... 17 SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD 21 CAJA DE LA BANCA PRIVADA 22 CAJA PETROLERA..... 23 CAJA DE LA BANCA ESTATAL 24 CORDES..... 25 CAJA DE CAMINOS..... 26 COSSMIL/FFAA..... 27 SEGURO UNIVERSITARIO 28 SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) 31 ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) 32 OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE 41 VISITA DOMICILIARIA..... 42 FARMACIA 43 MEDICINA TRADICIONAL..... 44 NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... 45 OTRO LUGAR:..... 96 ESPECIFIQUE..... NO SABE 98	
633	¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado Diabetes o azúcar elevada en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	635
634	¿En los últimos 12 meses, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para su Diabetes o azúcar alta en la sangre?	SI..... 1 NO..... 2	
635	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	640
636	Usted sabe ¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	A TRAVÉS DEL AIRE, POR TOS O ESTORNUDOS A COMPARTIENDO UTENSILIOS B TOCANDO UNA PERSONA CON TUBERCULOSIS C COMPARTIENDO ALIMENTOS D POR CONTACTO SEXUAL E POR PICADURA DE MOSQUITOS..... F OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
637	¿En su familia hay alguien con Tuberculosis diagnosticada?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
638	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PREFERIRÍA MANTENERLO EN SECRETO..... 1 NO 2 NO ESTA SEGURO/DEPENDE 3	
638A	Usted recibió y/ o compró medicamento para tratamiento de Tuberculosis?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	640
639	¿Donde recibió y/ o compró medicamento para tratamiento de la Tuberculosis? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SUBSECTOR PÚBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F HOSPITAL ESPECIALIZADO..... G SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE..... NO SABE Z	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
640	¿Sabe que es el dengue, zika, chikungunya?	SI..... 1 NO..... 2 →	644
641	¿Conoce cómo se transmite el Dengue, zika, chikungunya?	PICADURA DE MOSQUITO A COMIDA EN MAL ESTADO B CONTACTO CON UN ENFERMO C OTRO:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Y	
642	¿Qué medidas preventivas conoce para prevenir el dengue zika, chikungunya?	ELIMINACION DE CRIADEROS A USO DE REPELENTE..... B DESECHOS DE AGUAS ESTANCADAS C FUMIGACION DEL HOGAR D USO DE MOSQUITEROS E USO DE MALLA MILIMÉTRICA..... F OTRO:..... X ESPECIFIQUE NO SABE Y	
643	¿Cuáles son los síntomas que puede producir el dengue zika, chikungunya?	FIEBRE A DOLOR DE CABEZA B DOLOR MUSCULAR C DOLOR RETROOCULAR D SANGRADO DE NARIZ Y ENCÍAS E ESCALOFRIOS F OTROS X (ESPECIFIQUE) NO SABE Y	
644	Entre las mujeres de su familia, ¿Ha tenido Cáncer de mama su: A Esposa o pareja? B Abuela (s)? C Madre? D Hermana (s)? E Tía (s)? F Hija (s)? X Otra? (Especifique)	<div style="text-align: right;">SI NO NS</div> ESPOSA O PAREJA 1 2 8 ABUELA (S)..... 1 2 8 MADRE..... 1 2 8 HERMANA (S)..... 1 2 8 TÍA (S)..... 1 2 8 HUA(S)..... 1 2 8 OTRA..... 1 2 8 (ESPECIFIQUE)	
645	Por favor me dice si el año pasado 2022 sufrió algún tipo de accidente en la ciudad o en el campo: A ¿Accidente de tránsito ? B ¿Accidente doméstico ? C ¿Accidente deportivo? D ¿Accidente en el trabajo? E ¿Accidente en desastre natural? F ¿Accidente en alguna convulsión social? X Otro? (Especifique)	<div style="float: right; text-align: center;">PUEBLO/ CIUDAD CAMPO SI NO SI NO</div> DE TRÁNSITO..... 1 2 1 2 DOMÉSTICO..... 1 2 1 2 DEPORTIVO..... 1 2 1 2 EN EL TRABAJO..... 1 2 1 2 EN DESASTRE NATURAL..... 1 2 1 2 EN CONVULSIÓN SOCIAL..... 1 2 1 2 OTRA..... 1 2 1 2 (ESPECIFIQUE)	
646	VERIFICAR 645: TUVO ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ↓	OTRAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/> →	648
647	Si tuvo un accidente de trabajo, ¿Quién cubrió los gastos incurridos? A ¿Seguridad social? B ¿Empresa contratante? C ¿Usted mismo?	<div style="text-align: right;">SI NO</div> SEGURIDAD SOCIAL..... 1 2 EMPRESA CONTRATANTE..... 1 2 USTED MISMO..... 1 2	
648	¿Usted es beneficiario del SUS o está asegurado en una Caja de Salud o un seguro privado? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SUS A CAJA DE SALUD B SEGURO PRIVADO C OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
649	¿Recibió la vacuna antidiftérica-antitetánica (DT)?	SI..... 1 NO..... 2 } NO SABE..... 8 }	701
650	¿Cuántas dosis de DT ha recibido?	Número de dosis <input type="text"/>	

SECCIÓN VII. VIH/ SIDA E ITS (INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL)			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
701	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar del VIH/ SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 722
702	¿Qué puede hacer una persona para evitar que le transmitan el VIH, que produce el SIDA? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS SI NO LAS MENCIONA ESPONTÁNEAMENTE PREGUNTAR ESPECÍFICAMENTE SOBRE LAS OPCIONES A, B, C Y D	NO TENER RELACIONES SEXUALES..... A USAR CONDONES B TENER SEXO CON UNA SOLA PAREJA/ SERLE FIEL A SU PAREJA C DISMINUIR EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES D NO TENER SEXO CON PROSTITUTAS E NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE TIENEN MÁS DE UNA PAREJA F NO TENER SEXO CON HOMOSEXUALES..... G NO TENER SEXO CON PERSONAS QUE SE INYECHAN DROGAS H EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITANDO INYECCIONES/TATUAJES J NO BESARSE K NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA L NO COMPARTIENDO NAVAJAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/ RASURAR M TENER BUENA DIETA N NO COMPARTIENDO ALIMENTOS CON UNA PERSONA QUE TIENE EL VIRUS VIH O EL SIDA..... O OTRO X (ESPECIFIQUE) NO SABE Z	
703	¿Pueden las personas evitar contraer el VIH teniendo una sola pareja sexual fiel que no este infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
704	¿Pueden las personas protegerse del VIH usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
705	¿Puede una persona contraer el VIH que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
706	¿Pueden las personas protegerse de contraer el VIH, no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
707	¿Puede una persona contraer el virus VIH por transfusiones sanguíneas, o por compartir jeringas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
708	¿Piensa usted que es posible que una persona que parece saludable, pueda tener el VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
709	En qué momento puede transmitir la madre infectada al hijo, el VIH,que provoca el SIDA: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto? C ¿Durante la cesárea? D ¿Mientras está lactando o amamantando?	<div>SI NO NS</div> <div>DURANTE EL EMBARAZO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE EL PARTO..... 1 2 8</div> <div>DURANTE LA CESÁREA..... 1 2 8</div> <div>DURANTE LA LACTANCIA..... 1 2 8</div>	
710	VERIFICAR 401 SI ACTUALMENTE CASADO O UNIDO: <div>ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/></div> <div>NO CASADO NI UNIDO <input type="checkbox"/></div> <div>→ 712</div>		
711	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposa/ compañera sobre las formas de evitar transmitirse el VIH?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
712	¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que se de información sobre VIH/SIDA se difunda en:	SI NO NS EN LA RADIO..... 1 2 8 EN LA TV..... 1 2 8 EN PERIÓDICO..... 1 2 8 INTERNET..... 1 2 8	
713	¿Compraría usted vegetales/verduras de alguien que estuviese infectado con el VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
714	¿Considera usted que niñas y niños que viven con el VIH deben asistir a la escuela con niñas y niños que no tienen el VIH?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
715	Si algún miembro de su familia contrajera el VIH que causa el SIDA, ¿Usted:	SI NO NS MANTENERLO EN SECRETO..... 1 2 8 APOYARLO 1 2 8 DISPUESTO A CUIDARLO EN CASA 1 2 8 LO EXPULSARÍA DE CASA 1 2 8	
716	¿Se le debe hablar a los niños/as entre 12-14 años sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
717	Yo no quiero conocer los resultados, pero ¿alguna vez se ha realizado una prueba del VIH?	SI..... 1 NO..... 2	719
718	¿La Última vez que se hizo una prueba del VIH recogió sus resultados	SI..... 1 NO..... 2	722
719	¿Estaría dispuesto a realizarse una prueba del VIH?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE..... 8	
720	¿Sabe usted de algún lugar, donde la gente se puede hacer la prueba del VIH, que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	722
721	¿Cuál es ese lugar?	SUBSECTOR PUBLICO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SECTOR PUBLICO: PRIMER NIVEL: PUESTO DE SALUD..... A CENTRO DE SALUD AMBULATORIO..... B CENTRO DE SALUD CON INTERNACION..... C CENTRO DE SALUD INTEGRAL..... D SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL..... E TERCER NIVEL: HOSPITAL DE TERCER NIVEL..... F SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL A CORTO PLAZO CAJA NACIONAL DE SALUD H CAJA DE LA BANCA PRIVADA I CAJA PETROLERA..... J CAJA DE LA BANCA ESTATAL K CORDES..... L CAJA DE CAMINOS..... M COSSMIL/FFAA..... N SEGURO UNIVERSITARIO O SUBSECTOR PRIVADO ORGANISMOS PRIVADOS (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) P ONG/IGLESIA (PRIMER NIVEL, SEGUNDO NIVEL, TERCER NIVEL) Q OTROS PROMOTOR DE LA SALUD/RPS/OTRO AGENTE R VISITA DOMICILIARIA..... S FARMACIA T MEDICINA TRADICIONAL..... U NO ACUDIÓ A NINGUN E.S./NO FUE..... V OTRO LUGAR:..... X ESPECIFIQUE..... NO SABE Y	
722	Aparte del VIH/SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que se pueden contagiar mediante las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	
723	VERIFICAR 412 SI TUVO RELACIONES SEXUALES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/>		726
724	¿Ha tenido usted alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	726
725	Hizo usted algo de lo siguiente para evitar contagiar una infección de transmisión sexual a su pareja: A ¿Dejó de tener relaciones sexuales? B ¿Usó condones al tener relaciones sexuales? C ¿Tomó medicamentos?	SI NO DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... 1 2 USÓ CONDOMES 1 2 TOMÓ MEDICAMENTO 1 2	
726	Si usted tuviera una infección de transmisión sexual/ enfermedad venérea, ¿Sabe que tendría un mayor riesgo de infectarse con el VIH que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE 8	

SECCIÓN VIII. VIOLENCIA AL HOMBRE											
PREG.		PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A	
801		VERIFICAR LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD. PRIVACIDAD OBTENIDA				PRESENCIA DE OTROS:					
A						MENORES DE 10 AÑOS.....				SI NO 1 2	
B						ESPOSA/COMPAÑERA.....				1 2	
C						OTROS HOMBRES.....				1 2	
D						OTRAS MUJERES.....				1 2	
		LEA AL ENTREVISTADO									
		Yo se que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la situación de los hombres en Bolivia. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y su nombre no será anotado en ningún papel.									
PREG.		PREGUNTAS Y FILTROS				CATEGORÍAS Y CÓDIGOS				PASE A	
802		VERIFICAR 401 Y 402 ESTADO CONYUGAL DEL ENTREVISTADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES USTED HA TENIDO: ESPOSA/COMPAÑERA/NOVIA Ó PAREJA									
		CÓDIGO 1				CÓDIGO 2					
		ULTIMA ESPOSA/ COMPAÑERA/ PAREJA				NO/NUNCA EN PAREJA				824	
803		Me gustaría conversar con usted acerca de las relaciones de pareja y consultar sobre la relación con su última esposa/compañera ó pareja Para usted ¿quién sufre más violencia en las parejas?				LA MUJER..... EL HOMBRE..... AMBOS POR IGUAL..... NO SABE/NO RESPONDE.....				1 2 3 8	
804		Para usted ¿cuáles son los motivos más comunes para que exista violencia en una relación de pareja?				LOS CELOS..... LA INFIDELIDAD..... EL ABUSO DE ALCOHOL..... LA POBREZA..... EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA.... PROBLEMAS CON LOS HIJOS/AS..... INCUMPLIMIENTO DE RESP. DOMÉSTICAS..... MACHISMO/SISTEMA PATRIARCAL..... OTRAS..... ESPECIFIQUE				A B C D E F G H X	
805		Por favor dígame si en los últimos 12 meses se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su esposa/ compañera/ novia ó pareja (muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca)									
A		¿Lo acusaba de serle infiel?				LO ACUSABA DE SER INFIEL				MUY A MENUDO ALGUNAS VECES UNA VEZ NUNCA 1 2 3 4	
B		¿Lo ha insultado, se dirigió a usted con palabras groseras o agresivas?				INSULTOS/PALABRAS GROSERA/ PALABRAS AGRESIVAS.....				1 2 3 4	
C		¿Lo ha encerrado, prohibido salir, que lo visiten o ha limitado los contactos con su famiia?				ENCERRADO/ PROHIBIR SALIR/ VISITAS/FAMILIA.....				1 2 3 4	
D		¿Lo ha avergonzado, menospreciado, insultado o humillado?				HUMILLADO/MENOSPRECIADO.....				1 2 3 4	
E		¿Lo amenaza(ba) con abandonarlo?				AMENAZABA CON ABANDONARLO.....				1 2 3 4	
F		¿Lo amenaza(ba) con quitarle a sus hijas/os?				AMENAZABA QUITARLE HIJAS/OS.....				1 2 3 4	
G		¿Su pareja al enojarse rompe(rompía) objetos en el hogar como forma de amenaza?				ROMPIA OBJETOS COMO AMENAZA.....				1 2 3 4	
H		¿Su pareja lo amenaza(ba) con no cumplir con su responsabilidad económica?				AMENAZA CON NO CUMPLIR CON LAS RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS.....				1 2 3 4	
I		¿Su pareja controla sus recursos económicos, le quita libertad o le impide realizar actividades laborales?				CONTROL RECURSOS ECONÓM/ QUITA LIBERTAD/ IMPIDE ACT. LABORALES.....				1 2 3 4	
J		¿Lo amenazaba con publicar fotos, videos con contenido sexual suyo en redes sociales?				PUBLICAR FOTOS/ VIDEOS CONTEN. SEXUAL EN REDES SOCIALES.....				1 2 3 4	
K		¿Lo amenazaba con matarlo?				AMENAZABA CON MATARLO.....				1 2 3 4	
X		¿Alguna otra? (Especifique)				OTRA..... (ESPECIFIQUE)				1 2 3 4	
806		VERIFICAR 805									
		AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3				TODOS CÓDIGO 4				808	
807		Como resultado de las situaciones mencionadas anteriormente Usted:									
A		¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?				MIEDO A REACCIÓN.....				SI NO NS/NR 1 2 8	
B		¿Sintió desgano, tristeza o llanto frecuentes?				DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....				1 2 8	
C		¿Dejó de estudiar/ trabajar?				DEJÓ DE ESTUDIAR/ TRABAJAR				1 2 8	
D		¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?				DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....				1 2 8	
E		¿Ha pensado en abandonar su hogar?				PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....				1 2 8	
F		¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si mismo o quitarse la vida?				LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....				1 2 8	
X		¿Alguna otra? (Especifique)				OTRA..... (ESPECIFIQUE)				1 2 8	
23											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
808	<p>Por favor dígame si en los últimos 12 meses se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su esposa/compañera/ novia ó pareja (muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca)</p> <p>A ¿Lo ha empujado o jaloneado?</p> <p>B ¿Lo ha abofeteado, golpeado con las manos, puños o pie?</p> <p>C ¿Lo ha golpeado con algún objeto?</p> <p>D ¿Lo ha tratado de estrangular, quemar o alguna otra?</p> <p>E ¿Lo ha amenazado con armas (cuchillo, navaja o pistola)?</p> <p>F ¿Lo ha agredido con cuchillo, navaja, pistola o cualquier otra arma?</p> <p>G ¿Ha usado la fuerza física para obligarlo a tener relaciones sexuales?</p> <p>H ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quería?</p> <p>I ¿Lo ha forzado a tener algún tipo de actividad sexual que usted no quería?</p> <p>X ¿Alguna otra? (Especifique)</p>	<table><tr><td></td><td>MUY A MENUDO</td><td>ALGUNAS VECES</td><td>UNA VEZ</td><td>NUNCA</td></tr><tr><td>EMPUJADO/ JALONEADO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>GOLPEADO CON MANO/ PIE</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>GOLPEADO CON OBJETO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>EXGIDO TENER REL. SEXUALES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>OTRA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td colspan="5">(ESPECIFIQUE)</td></tr></table>		MUY A MENUDO	ALGUNAS VECES	UNA VEZ	NUNCA	EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4	GOLPEADO CON MANO/ PIE	1	2	3	4	GOLPEADO CON OBJETO	1	2	3	4	TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR.....	1	2	3	4	AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.....	1	2	3	4	AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA....	1	2	3	4	FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....	1	2	3	4	EXGIDO TENER REL. SEXUALES.....	1	2	3	4	FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....	1	2	3	4	OTRA.....	1	2	3	4	(ESPECIFIQUE)					
	MUY A MENUDO	ALGUNAS VECES	UNA VEZ	NUNCA																																																											
EMPUJADO/ JALONEADO.....	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON MANO/ PIE	1	2	3	4																																																											
GOLPEADO CON OBJETO	1	2	3	4																																																											
TRATADO DE ESTRANGULAR/QUEMAR.....	1	2	3	4																																																											
AMENAZA CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA.....	1	2	3	4																																																											
AGRESIÓN CUCHILLO/ NAVAJA/ PISTOLA....	1	2	3	4																																																											
FUERZA FÍSICA REL. SEXUALES.....	1	2	3	4																																																											
EXGIDO TENER REL. SEXUALES.....	1	2	3	4																																																											
FORZADO A ACTIVIDADES SEX.....	1	2	3	4																																																											
OTRA.....	1	2	3	4																																																											
(ESPECIFIQUE)																																																															
809	<p>VERIFICAR 808</p> <p>AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3</p> <div><input type="checkbox"/></div>	<p>TODO CÓDIGO 4</p> <div><input type="checkbox"/></div>	824																																																												
810	<p>¿Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>A SOLAS..... A</p> <p>EN PRESENCIA DE AMIGOS..... B</p> <p>EN PRESENCIA DE FAMILIARES..... C</p> <p>EN PRESENCIA DE LOS HIJOS..... D</p> <p>OTRAS PERSONAS..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																													
811	<p>Como resultado de las situaciones mencionadas anteriormente Usted:</p> <p>A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?</p> <p>B ¿Sintió desgano, tristeza o llanto frecuentes?</p> <p>C ¿Tuvo moretones, marcas, dolores en el cuerpo, heridas o algún hueso quebrado?</p> <p>D ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</p> <p>E ¿Dejó de estudiar/ trabajar?</p> <p>F ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?</p> <p>G ¿Dejó de participar en org. sociales o políticas donde participaba?</p> <p>H ¿Ha pensado en abandonar su hogar?</p> <p>I ¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si mismo o quitarse la vida?</p> <p>X ¿Alguna otra? (Especifique)</p>	<table><tr><td></td><td>SI</td><td>NO</td><td>NS/NR</td></tr><tr><td>MIEDO A REACCIÓN.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>MORETONES/ MARCAS/DOLORES</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>OTRA.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td colspan="4">(ESPECIFIQUE)</td></tr></table>		SI	NO	NS/NR	MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8	DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....	1	2	8	MORETONES/ MARCAS/DOLORES				HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....	1	2	8	PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA	1	2	8	ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....	1	2	8	DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....	1	2	8	DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....	1	2	8	PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....	1	2	8	PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8	LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....	1	2	8	OTRA.....	1	2	8	(ESPECIFIQUE)								
	SI	NO	NS/NR																																																												
MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8																																																												
DESGANO/TRISTEZA/LLANTO.....	1	2	8																																																												
MORETONES/ MARCAS/DOLORES																																																															
HERIDAS/HUESO QUEBRADO.....	1	2	8																																																												
PERDIDA TEMP. O DEFINITIVA	1	2	8																																																												
ORGANO O PARTE DEL CUERPO.....	1	2	8																																																												
DEJÓ ESTUDIAR/ TRABAJAR.....	1	2	8																																																												
DEJÓ ACT. IMPORTANTES.....	1	2	8																																																												
PARTICIPAR ORG. SOC. Ó POL.....	1	2	8																																																												
PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8																																																												
LASTIMARSE O QUITARSE LA VIDA.....	1	2	8																																																												
OTRA.....	1	2	8																																																												
(ESPECIFIQUE)																																																															
812	<p>VERIFICAR 808</p> <p>AL MENOS UN "SI"</p> <div><input type="checkbox"/></div>	<p>NI UN SOLO "SI"</p> <div><input type="checkbox"/></div>	824																																																												
813	<p>¿Cómo resultado de lo que su esposa/compañera/novia o pareja le hizo, usted fue al médico, establecimiento de salud y/o médico forense ?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	817																																																												
814	<p>El personal del establecimiento de salud, ¿le orientó para denunciar la agresión?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	817																																																												
815	<p>¿Qué tipo de orientación le brindo el personal de salud?</p> <p>Apoyo y contención emocional</p> <p>Orientación sobre servicios de apoyo social, legal y psicológico</p> <p>Derivación inmediata a los servicios de apoyo social, legal y psicológico</p> <p>Otro (especifique)</p>	<p>APOYO Y CONTENCIÓN EMOCIONAL..... A</p> <p>ORIENTACIÓN SERVICIOS..... B</p> <p>DERIVACIÓN SERVICIOS..... C</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																													
816	<p>Después de la atención y una vez establecido el diagnóstico ¿le otorgaron un certificado médico?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																													
817	<p>Cuando fue agredido por su esposa/compañera/novia o pareja. ¿Pidió ayuda a personas cercanas a usted?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	819																																																												
818	<p>¿A quiénes?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>MADRE..... A</p> <p>PADRE..... B</p> <p>MADRASTRA..... C</p> <p>PADRASTRO..... D</p> <p>HERMANA..... E</p> <p>HERMANO..... F</p> <p>HIJA..... G</p> <p>HIJO..... H</p> <p>PARIENTES POLÍTICOS(SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... I</p> <p>REDES SOCIALES EN INTERNET J</p> <p>VECINOS/AMIGOS..... K</p> <p>OTRAS PERSONAS..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																																																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
819	Cuando lo agredieron, ¿Ud. denunció la agresión?	SI..... 1 NO..... 2	→ 822
820	¿A qué institución acudió? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... A SERVICIO LEGAL INTEGRAL MUNICIPAL (SLIMs)..... B DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (DNA).... C IDIF - MEDICO FORENSE..... D SEDEGES E MINISTERIO DE JUSTICIA (SIJ-PLU)..... F MINISTERIO DE JUSTICIA (SEPDAPI)..... G FELCV..... H POLICÍA I AUTORIDADES COMUNITARIAS/ORIGINARIAS..... J ONG..... K MINISTERIO PÚBLICO - FISCALIA..... L OTRA..... X (ESPECIFIQUE)	
821	¿Qué tipo de apoyo recibió? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A PSICOLÓGICO B LEGAL C SOCIAL(INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) D COMUNITARIO E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO RECIBIÓ APOYO Y	→ 823
822	¿Por qué no hizo la denuncia? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO SABÍA DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C YO TENIA LA CULPA D MIEDO A LA SEPARACIÓN..... E MIEDO A QUEDARSE SOLA..... F MIEDO A REPRESALIAS..... G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONÓMICO..... H PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR..... I NO CREÍA EN LA JUSTICIA J PENSÉ QUE ME COBRARÍAN..... K RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS N OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
823	Según su opinión, los hechos de violencia sexual suceden habitualmente en:	ESPACIOS PÚBLICOS (plazas, calles, transporte)..... A LUGARES DE ESTUDIO Y/O TRABAJO..... B LA PROPIA CASA..... C CASA DE FAMILIARES..... D EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros)..... E OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
824	Por favor dígame si en los últimos 12 meses, alguna persona que no sea su pareja o sea desconocida ¿Lo agredió de alguna manera?	SI, LO INSULTO/ USO PALABRAS 1 SI,GROSERAS O AGRESIVAS..... 2 LO AGREDIÓ FÍSICAMENTE..... 3 NO..... 4 OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE)	→ 827
825	¿Quién lo agredió? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PADRE/ MADRE..... A PADRASTRO/ MADRASTRA..... B HERMANO/ A..... C HIJO/ A..... D PARIENTES POL. (SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... E TIO/ A..... F CUÑADO/A..... G EX ESPOSA/COMPAÑERA/PAREJA..... H JEFE/ A..... I PROFESOR/ A J CATEDRÁTICO/ A..... K COMPAÑERO/A DE TRABAJO..... L VECINOS/AMIGOS..... M DIRIGENTE N DESCONOCIDO/ A..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
826	¿Dónde lo agredieron? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPACIO PUBLICO (plazas, calles, transporte).... A EN SU TRABAJO B EN LA ESCUELA/ COLEGIO C EN LA UNIVERSIDAD D EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros)..... E EN INSTITUCIÓN POLICIAL / MILITAR..... F ORGANIZACIÓN SOCIAL/PARTIDO POLITICO..... G OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
827	¿Durante los últimos 12 meses ha sido forzado a tener relaciones sexuales por alguna persona diferente a su esposa/ compañera/ novia ó pareja?	SI..... 1 NO..... 2	→ 834
828	¿Quién lo forzó a tener relaciones sexuales? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	PADRE/ MADRE..... A PADRASTRO/ MADRASTRA..... B HERMANO/ A..... C HIJO/ A..... D PARIENTES POL. (SUEGRO/A, CUÑADO/A)..... E TIO/ A..... F CUÑADO/A..... G EX ESPOSA/COMPAÑERA/PAREJA..... H JEFE/ A..... I PROFESOR/ A..... J CATEDRÁTICO/ A..... K COMPAÑERO/A DE TRABAJO..... L VECINOS/AMIGOS..... M DIRIGENTE..... N DESCONOCIDO/ A..... O OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NINGUNO/ NO QUIERE HABLAR DEL TEMA..... Y	
829	¿Dónde lo forzaron a tener relaciones sexuales? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPACIO PUBLICO (plazas, calles, transporte).... A EN SU TRABAJO B EN LA ESCUELA/ COLEGIO C EN LA UNIVERSIDAD D EVENTOS PUBLICOS (fiestas y otros)..... E EN INSTITUCIÓN POLICIAL / MILITAR..... F ORGANIZACIÓN SOCIAL/PARTIDO POLITICO..... G OTRO LUGAR X (ESPECIFIQUE)	
830	Cuando lo forzaron a tener relaciones sexuales ¿Ud. denunció la agresión?	SI..... 1 NO..... 2	→ 833
831	¿A qué institución acudió? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD..... A SERVICIO LEGAL INTEGRAL MUNICIPAL (SLIMs)..... B DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (DNA).... C IDIF - MEDICO FORENSE..... D SEDEGES E MINISTERIO DE JUSTICIA (SIJ-PLU)..... F MINISTERIO DE JUSTICIA (SEPDAPI)..... G FELCV..... H POLICÍA I AUTORIDADES COMUNITARIAS/ORIGINARIAS..... J ONG..... K MINISTERIO PÚBLICO - FISCALIA..... L OTRA..... X (ESPECIFÍQUE)	
832	¿Qué tipo de apoyo recibió? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A PSICOLÓGICO B LEGAL C SOCIAL (INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) D COMUNITARIO E OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO RECIBÍO APOYO Y	→ 834
833	¿Por qué no hizo la denuncia? MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO SABÍA DONDE IR A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B ES NORMAL C YO TENIA LA CULPA D MIEDO A LA SEPARACIÓN..... E MIEDO A QUEDARSE SOLO..... F MIEDO A REPRESALIAS..... G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONOMICO..... H PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR..... I NO CREÍA EN LA JUSTICIA J PENSÉ QUE ME COBRARÍAN..... K RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS N OTRO..... X (ESPECIFIQUE)	
834	¿Observó usted alguna vez agresiones físicas entre sus padres?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
835	<div>VERIFICAR 203 Y 205</div> <div>AL MENOS UN HIJO/A<div></div>NINGÚN HIJO/A<div></div></div>		847
836	<div>¿Quién cuida a sus hijas(os) la mayor parte del tiempo?</div> <div>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div>	<div>PADRE A</div> <div>MADRE B</div> <div>PADRASTRO C</div> <div>MADRASTRA D</div> <div>ABUELO E</div> <div>ABUELA F</div> <div>HERMANO/A MAYOR G</div> <div>TRABAJADOR/A DEL HOGAR H</div> <div>MAESTRO (A) PARVULARIA/ EDUCADORAS I</div> <div>TUTOR/ A J</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NADIE Y</div>	
837	<div>¿Alguna persona castiga a sus hijas(os) en el hogar a título de educación, disciplina o corrección?</div> <div>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div>	<div>PADRE A</div> <div>MADRE B</div> <div>PADRASTRO C</div> <div>MADRASTRA D</div> <div>ABUELO E</div> <div>ABUELA F</div> <div>HERMANA G</div> <div>HERMANO H</div> <div>TIO/ TIA I</div> <div>TUTOR/ TUTORA J</div> <div>OTRO: X</div> <div>(ESPECIFIQUE)</div> <div>NADIE/ NO LOS CASTIGAN Z</div>	841
838	VERIFICAR 837	PADRE (A) MADRE (B) SI 837 ≠ A, B	
838a	<div>VERIFICAR 203a o 205a, TIENE HIJOS VARONES<div></div>NO TIENE HIJOS VARONES<div></div></div>		839a
839	<div><div>HIJOS VARONES</div><div>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</div><div>A. En qué forma castiga Ud. a sus hijos varones?</div><div>INDAGUE:</div><div>¿De alguna otra forma?</div><div>JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS A</div><div>GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI B</div><div>GRITOS C</div><div>INSULTOS D</div><div>PRIVÁNDOLOS DE ALIMENTACIÓN E</div><div>DEJÁNDOLOS ENCERRADOS F</div><div>PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO G</div><div>DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA H</div><div>ECHÁNDOLES AGUA I</div><div>QUITÁNDOLES LA ROPA QUE LES GUSTA J</div><div>IGNORÁNDOLOS MÁS DE UN DÍA K</div><div>QUITÁNDOLES RECREOS Y MESADAS L</div><div>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA M</div><div>PROHIBIENDO EL USO O DECOMISANDO EL CELULAR N</div><div>SACUDON /ZAMARREAR O</div><div>OTRA: X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>B. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos varones?</div><div>INDAGUE:</div><div>¿De alguna otra forma?</div><div>..... A</div><div>..... B</div><div>..... C</div><div>..... D</div><div>..... E</div><div>..... F</div><div>..... G</div><div>..... H</div><div>..... I</div><div>..... J</div><div>..... K</div><div>..... L</div><div>..... M</div><div>..... N</div><div>..... O</div><div>..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div> <div><div>C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones?</div><div>INDAGUE:</div><div>¿De alguna otra forma?</div><div>..... A</div><div>..... B</div><div>..... C</div><div>..... D</div><div>..... E</div><div>..... F</div><div>..... G</div><div>..... H</div><div>..... I</div><div>..... J</div><div>..... K</div><div>..... L</div><div>..... M</div><div>..... N</div><div>..... O</div><div>..... X</div><div>(ESPECIFIQUE)</div></div>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
841	<p>Generalmente, ¿en qué forma lo castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que creció?</p> <p>MARCAR LAS RESPUESTAS MENCIONADAS</p>	<p>JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS A</p> <p>GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B</p> <p>GRITOS..... C</p> <p>INSULTOS..... D</p> <p>PRIVÁNDOLO DE ALIMENTACIÓN E</p> <p>DEJÁNDOLO ENCERRADO F</p> <p>PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO G</p> <p>DEJÁNDOLO FUERA DE CASA H</p> <p>ECHÁNDOLE AGUA I</p> <p>QUITÁNDOLE LA ROPA..... J</p> <p>IGNORÁNDOLO MÁS DE UN DÍA..... K</p> <p>QUITÁNDOLE SU RECREO O MESADA..... L</p> <p>PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA M</p> <p>SACUDONES N</p> <p>OTRA: _____ X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO LO CASTIGABAN..... Y</p>	
842	<p>¿Cree Ud. que para educar a las/os hijas/os es necesario algún castigo?</p> <p>SI ES "SI", PREGUNTE: ¿A menudo o algunas veces?</p> <p>SI ES "NO", MARQUE NUNCA</p>	<p>A MENUDO..... 1</p> <p>ALGUNAS VECES..... 2</p> <p>NUNCA..... 3</p>	
843	<p>En su opinión se justifica que el padre o la madre castigue o lastime de manera física o verbal a sus hijas/os:</p> <p>A ¿Cuando son desobedientes?</p> <p>B ¿Cuando hacen renegar?</p> <p>C ¿Cuando llegan tarde a la casa?</p> <p>D ¿Cuando no cumplen con las tareas familiares?</p> <p>E ¿Cuando lloran mucho?</p> <p>F ¿Cuándo embarazan a una niña/adolescente?</p>	<p>SI NO NS</p> <p>DESOBEDIENTES..... 1 2 8</p> <p>HACEN RENEGAR 1 2 8</p> <p>LLEGAN TARDE A CASA..... 1 2 8</p> <p>NO CUMPLEN 1 2 8</p> <p>LLORA 1 2 8</p> <p>EMBARAZAN A UNA NIÑA/ ADOLESCENTE 1 2 8</p>	
844	<p>VERIFICAR 208 (SI TIENE UNO O MAS HUAS/OS)</p> <p>¿Usted tiene hijas/os menores a 18 años?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	847
845	<p>¿Cuál de los siguientes actos considera usted como violencia contra una/un niña/ niño/ adolescente:</p> <p>A Toqueteo sin consentimiento?</p> <p>B Convencerle o persuadirle de tener relaciones sexuales?</p> <p>C Realizar otras actividades sexuales?</p> <p>D Presionarle a traves de amenazas a tener relaciones sexuales?</p> <p>E Tener relaciones sexuales sin consentimiento?</p>	<p>SI NO</p> <p>TOQUETEEO..... 1 2</p> <p>CONVENCER PARA TENER SEXO..... 1 2</p> <p>OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES 1 2</p> <p>AMENAZAS PARA TENER SEXO..... 1 2</p> <p>RELACIONES SEXUALES 1 2</p>	
846	<p>¿Alguna de sus hijas o alguno de sus hijos ha vivido alguna de estas situaciones?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
847	<p>Según usted. ¿Quiénes sufren violencia muy frecuentemente, frecuentemente, con poca frecuencia, nunca?</p> <p>A Niñas/niños</p> <p>B Adolescentes</p> <p>C Jovenes</p> <p>D Mujeres</p> <p>E Hombres</p> <p>E Personas Adultas Mayores</p> <p>F Población GLBTIQ</p> <p>H Personas con discapacidad</p>	<p>Muy frecuentemente Frecuentemente Con poca frecuencia Nunca</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p> <p>1 2 3 4</p>	
848	<p>Si usted supiera que en su familia hay alguna persona que esta sufriendo violencia ¿Cómo piensa que se debería afrontar este problema?</p> <p>Buscando ayuda sola</p> <p>Buscando apoyo de su familia</p> <p>Buscando apoyo de los sevicios de atencion (SLIM - DNA - POLICIA - FISCALIA)</p> <p>Buscando apoyo del personal de salud</p> <p>Buscando apoyo de las ONGs u organizaciones sociales</p> <p>Otro</p> <p>No sabe/no responde</p>	<p>AYUDA SOLA..... A</p> <p>APOYO FAMILIA..... B</p> <p>APOYO SERVICIOS..... C</p> <p>APOYO PERSONAL SALUD..... D</p> <p>APOYO ONGs/ORG. SOC..... E</p> <p>OTRO _____ X</p> <p>ESPECIFIQUE</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... Z</p>	
848A	<p>VERIFICAR 101A</p> <p>DE 18 A 29 AÑOS</p> <p>15 - 17 AÑOS Ó MAYOR O IGUAL A 30 AÑOS</p>		849
848B	<p>¿Por favor dígame si alguna vez ha sido forzado por alguna persona (pareja o diferente a su pareja) a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	
849	<p>¿Alguna vez alguien le habló sobre la prevención de la violencia en el sistema de salud?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
850	Durante el periodo de cuarentena total (encierro)¿ha sufrido violencia física, psicológica o sexual?	SI..... 1 NO..... 2	
851	¿Conoce alguna ley que protege los derechos de las personas que sufren violencia?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
852 A B C	ENTREVISTADOR TUVO QUE INTERRUPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTRA PERSONA QUE TRATABA DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA?	<div>SI UNA VEZ SI MAS DE UNA VEZ NO</div> ESPOSA 1 2 3 OTRO HOMBRE ADULTO 1 2 3 MUJER ADULTA 1 2 3	
853	AGRADEZCA AL ENTREVISTADO POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.		
854	HORA DE FINALIZACIÓN:	HORA..... MINUTOS.....	
29			

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)

Comentarios acerca de
la entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/A DE CAMPO

Nombre del Supervisor/a de campo: _____

Fecha: _____

OBSERVACIONES SUPERVISOR GENERAL

Nombre del Supervisor/a General _____

Fecha: _____