

SECCIÓN I. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	¿Dónde nació? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar nació?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR _____ 3 (ESPECIFIQUE)	
103	¿Dónde vive habitualmente? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar vive habitualmente?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR _____ 3 (ESPECIFIQUE)	
104	¿Dónde vivía hace 5 años? SI LA RESPUESTA ES "EN OTRO LUGAR DEL PAIS" O "EN EL EXTERIOR" INDAGUE: ¿En cuál lugar vivía?	AQUÍ..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 CIUDAD O COMUNIDAD _____ (ESPECIFIQUE) MUNICIPIO _____ (ESPECIFIQUE) DEPARTAMENTO _____ (ESPECIFIQUE) EN EL EXTERIOR _____ 3 (ESPECIFIQUE)	106
105	¿Cuál fue la razón principal por la que se trasladó a otro lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO 01 TRASLADO DE TRABAJO 02 EDUCACIÓN 03 SALUD 04 RAZONES DE FAMILIA 05 VIOLENCIA..... 06 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	
106	¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez ?	QUECHUA..... 1 AYMARA..... 2 CASTELLANO..... 3 GUARANÍ..... 4 OTRO NATIVO _____ 5 (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO..... 6 NO PUEDE HABLAR..... 7	108
107	¿Qué idiomas habla actualmente? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MENCIONADOS	QUECHUA..... AYMARA..... CASTELLANO..... GUARANÍ..... OTRO NATIVO _____ (ESPECIFIQUE) EXTRANJERO _____ (ESPECIFIQUE)	A B C D X Y
108	¿Cómo boliviano, a cuál nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece ?	NACIÓN O PUEBLO INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINO O AFROBOLIVIANO _____ 1 (ESPECIFIQUE) NO PERTENECE 2 NO ES BOLIVIANO..... 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																										
109	¿En qué mes y año nació usted?	DIA..... MES..... AÑO.....																																											
110	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 109 Y 110. CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....																																											
111	¿Asistió usted alguna vez a la escuela o colegio universidad, Curso de Alfabetización?	SI..... 1 NO..... 2	115																																										
112	¿Cuál fue el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIVEL</th> <th>CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NINGUNO.....</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/> 0</td> </tr> <tr> <td>CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SISTEMA ESCOLAR ACTUAL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>EDUCACIÓN SUPERIOR</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> UNIVERSIDAD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> LICENCIATURA.....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> POSTGRADO.....</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	CURSO	NINGUNO.....	01	<input type="checkbox"/> 0	CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="checkbox"/>	SISTEMA ESCOLAR ACTUAL			PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN SUPERIOR			NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD			LICENCIATURA.....	07	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	08	<input type="checkbox"/>	TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="checkbox"/>	INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="checkbox"/>	114C
	NIVEL	CURSO																																											
NINGUNO.....	01	<input type="checkbox"/> 0																																											
CURSO DE ALFABETIZACIÓN.....	02	<input type="checkbox"/>																																											
EDUCACIÓN INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/ KINDER).....	03	<input type="checkbox"/>																																											
SISTEMA ESCOLAR ACTUAL																																													
PRIMARIA (1 A 6 AÑOS).....	04	<input type="checkbox"/>																																											
SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS).....	05	<input type="checkbox"/>																																											
EDUCACIÓN SUPERIOR																																													
NORMAL (ESCUELA SUPERIOR DE FORMACIÓN DE MAESTROS).....	06	<input type="checkbox"/>																																											
UNIVERSIDAD																																													
LICENCIATURA.....	07	<input type="checkbox"/>																																											
POSTGRADO.....	08	<input type="checkbox"/>																																											
TÉCNICO (1 A 4 AÑOS).....	09	<input type="checkbox"/>																																											
INST. FORMACIÓN MILITAR Y POLICIAL.....	10	<input type="checkbox"/>																																											
114	VERIFIQUE 110: 24 AÑOS O MENOS <input type="checkbox"/>	25 AÑOS O MAS OTRO NIVEL <input type="checkbox"/>	114C																																										
114A	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	116																																										
114B	¿Cuál fue la principal razón por la que no asiste a la escuela, 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 OTRA _____ 10 (ESPECIFIQUE)																																											
114 C	VEA EN 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"/>	116																																										
114 D	¿Alguna vez ha participado usted en un programa de alfabetización o programa YO SI PUEDO?	SI..... 1 NO..... 2																																											
115	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	117																																										
116	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DIAS 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																											
117	¿Cuántos días a la semana escucha usted radio?	TODOS LOS DIAS 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																											
118	¿Cuántos días a la semana mira usted televisión?	TODOS LOS DIAS 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																											
119	¿Cuántos días a la semana entra a internet o a una red social?	TODOS LOS DIAS 1 VARIOS DIAS A LA SEMANA 2 UNA VEZ A LA SEMANA 3 ALGUNAS VECES AL MES 4 NUNCA 5																																											
120	¿Dónde recibió por primera vez información o educación para la sexualidad?	EN SU CASA..... 1 EN LA ESCUELA..... 2 INTERNET..... 3 AMIGOS..... 4 OTRO _____ 5 (ESPECIFIQUE)																																											

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																											
121	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?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEVANTAR COSAS PESADAS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MANEJAR BICICLETA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CAMINAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BAILAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TROTAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CORRER.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>OTRA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>		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	122A
	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																												
122	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades físicas y/o deportivas por 30 minutos o más?	NÚMERO DE DIAS A LA SEMANA <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																												
122A	¿Cuántas horas pasa sentado diariamente?	NUMERO HORAS AL DIA <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																												
123	¿Usted cree que realizar actividades físicas y/o deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 3																												
124		125 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? SI 1 NO 2																											
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? SI 1 NO 2																											
C	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable en sus estudios?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2																											
D	¿Se ha sentido nervioso, tenso, irritable en su familia?	SI 1 NO 2	¿Esa sensación ha interferido con alguna de sus actividades cotidianas? SI 1 NO 2																											
126	¿Se siente triste o llora con mucha frecuencia?	SI..... 1 NO..... 2																												
127	¿Disfruta de actividades de la misma manera que antes?	SI..... 1 NO..... 2																												
128	¿Ha pensado alguna vez hacerse daño, en acabar con su vida o en la muerte?	SI..... 1 NO..... 2																												
129	¿En los últimos 12 meses usted ha tomado bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2	130																											
129A	¿Con qué frecuencia ha tomado bebidas alcohólicas? INDAGUE:SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE VASOS QUE HA TOMADO	Nº DE VASOS																												
		TODOS LOS DÍAS..... 1	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																											
		UN DIA A LA SEMANA..... 2	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																											
		A VECES..... 3	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>																											
130	¿Alguna vez el consumo de bebidas alcohólicas ha interferido con sus actividades cotidianas:	SI NO																												
A	En su trabajo?	EN SU TRABAJO..... 1 2																												
B	En sus estudios?	EN SUS ESTUDIOS..... 1 2																												
C	En su familia?	EN SU FAMILIA..... 1 2																												
D	En su salud?	EN SU SALUD..... 1 2																												
131	¿Alguna vez, bajo el efecto del consumo de bebidas alcohólicas, usted ha provocado o ha cometido acciones que atentan contra otras personas tales como:	SI NO																												
A	Agresiones a su pareja?	AGRESIONES A SU PAREJA..... 1 2																												
B	Agresiones a sus hijas/os?	AGRESIONES A SUS HIJAS/OS..... 1 2																												
C	Agresiones a terceros?	AGRESIONES A TERCEROS..... 1 2																												
D	Violaciones?	VIOLACIONES..... 1 2																												
E	Accidentes / hechos de tránsito?	ACCIDENTES / HECHOS DE TRÁNSITO..... 1 2																												
F	Intentos de suicidio?	INTENTOS DE SUICIDIO..... 1 2																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
132	¿En los últimos 12 meses, usted ha fumado:	SI..... 1 NO..... 2	135
132A	¿Con qué frecuencia ha fumado consumido cigarrillos? INDAGUE:SI RESPONDE ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS, PREGUNTE LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS QUE HA FUMADO	Nº DE CIGARRILLOS TODOS LOS DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UN DÍA A LA SEMANA 2 <input type="text"/> <input type="text"/> A VECES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
133	¿Usted fumaba en la casa, en presencia de su esposa/compañera cuando ella estaba embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 ESPOSA/COMPAÑERA NUNCA EMBARAZADA..... 3	
134	¿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	
135	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2	
136	¿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	
137	Durante la semana pasada, ¿trabajó al menos una hora o estuvo ausente debido a permisos, vacaciones u otra razón?	SI..... 1 NO..... 2	139
138	¿Es usted estudiante, jefe o responsable del hogar, jubilado o benemérito, enfermo o discapacitado, o persona de edad avanzada?	ESTUDIANTE..... 1 JEFE O RESPONSABLE DEL HOGAR..... 2 JUBILADO/BENEMÉRITO..... 3 ENFERMO/ DISCAPACITADO..... 4 PERSONA DE EDAD AVANZADA..... 5 OTRO 6 (ESPECIFIQUE)	201
139	Durante la semana pasada, ¿Cuál fue su ocupación principal?	_____ _____ (ESCRIBA TEXTUALMENTE)	
140	VERIFIQUE 139 TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA(BA) EN ACTIVIDADES AGROPECUARIAS/FORESTALES <input type="checkbox"/>	142
141	¿Usted trabaja(ba) en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra arrendada o trabaja(ba) en la tierra de otra persona?	SU PROPIA TIERRA 1 TIERRA DE LA FAMILIA 2 TIERRA ARRENDADA 3 TIERRA DE OTRA PERSONA 4	
142	¿Hace (hacia) usted ese trabajo para alguien de su familia, para otra persona o trabaja(ba) por cuenta propia?	CUENTA PROPIA 1 ALGUIEN DE LA FAMILIA 2 PARA OTRO 3	
143	¿Trabaja(ba) usted generalmente durante todo el año, por épocas o de vez en cuando?	TODO EL AÑO 1 POR TEMPORADAS/PARTE DEL AÑO 2 DE VEZ EN CUANDO 3	145
144	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajo usted?	NÚMERO DE MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	
145	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)?	SOLO DINERO 1 DINERO Y ESPECIE 2 ESPECIE SOLAMENTE 3 NO LE PAGAN 4	201
146	¿Cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que usted gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MAS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA(BA) TODO SU SALARIO / INGRESO..... 6	

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 <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS EN CASA <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS O HIJAS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> hijos/as nacidos/as vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 208: UNO O MÁS NACIDOS VIVOS <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> → 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 durante alguno de ellos?	SI..... 1 NO..... 2 NO ESTUDIABA 3 NO MAS HIJOS..... 4	
213	VEA SI 211 Ó 212 = 1 <input type="checkbox"/> → OTRAS RESPUESTAS EN 211 Y 212 <input type="checkbox"/> → 215		
214	¿Cuál es la razón por la que dejó de estudiar? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	TENIA QUE CUIDAR NIÑOS PEQUEÑOSA POR TRABAJO..... B LA ESPOSA O SU PAREJA NO QUERÍA C OTRAS RAZONESX (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..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

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?
 - **ENCIERRE EN UN CÍRCULO 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)
 - **ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO 2 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.**

302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO) con alguna de sus parejas?

01	ESTERILIZACION 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 ↘	¿Se ha hecho usted 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 ↘	
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 ↘	
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 ↘	
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 ↘	
07	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
08	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 clitoris 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 ↘	
09	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	
10	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 ↘	
11	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
12	RETIRO (COITO INTERRUPTO) 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
13	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 ↘	
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
303	VERIFIQUE 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	¿Esos días son justo antes de que comience la menstruación, justo después que termine la menstruación ó a la mitad entre una menstruación y otra?	JUSTO ANTES DE QUE COMIENZE 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	
8			

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	406 406 406 406
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..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
410	VERIFIQUE 408: CASADO/UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su esposa/ compañera? CASADO/ UNIDO MÁS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ↓ ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primera esposa o compañera?	MES <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998	412
411	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con su esposa o pareja?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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..... <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO SE CASÓ/UNIÓ 95	432
413	VERIFIQUE EDAD EN 110: 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? SONDEE: ¿Alguna otra forma? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	EN SU CASA..... A EN LA ESCUELA..... B INTERNET..... C AMIGOS..... D OTRO _____ E (ESPECIFIQUE)	
415	La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
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"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>	→ 429
417	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usaron 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..... 01 PARA PROTEGERSE DE UNA ITS..... 02 PARA EVITAR UN EMBARAZO..... 03 PARA PREVENIR AMBOS, VIH/SIDA Y EMBARAZO 04 NO CONFIABA EN SU PAREJA/PENSABA QUE ELLA TIENE OTRAS PAREJAS..... 05 SU PAREJA SE LO PIDIÓ/ INSISTIÓ 06 OTRA 96 NO SABE..... 98	
419	VERIFIQUE SI ESTA ESTERILIZADO O NO EN 302 - OPCION 1 NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		→ 424
420	VERIFIQUE 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?	ESTERILIZACION FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA 02 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE 06 ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA..... 07 CONDÓN MASCULINO..... 08 CONDÓN FEMENINO..... 09 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 10 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 11 RITMO..... 12 RETIRO..... 13 OTRO MÉTODO..... 14 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 424
422	VERIFIQUE EN 418 SI EL CONDÓN FUE UTILIZADO PARA PREVENIR/EVITAR EMBARAZO: OTRAS RESPUESTAS/ NO CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> CONDÓN UTILIZADO PARA PREVENIR EMBARAZO (CÓDIGOS 03,04) <input type="checkbox"/>		→ 424
423	¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron ningún método para evitar un embarazo?	NO ERA MI RESPONSABILIDAD 11 PAREJA SEXUAL CASUAL 12 RAZONES DE FECUNDIDAD MUJER MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA. 21 PAREJA SUBFÉRIL/INFÉRIL 22 PAREJA YA EMBARAZADA 23 PERIODO POSTPARTO/AMENORREICA..... 24 EN PERIODO DE POSTABORTO..... 25 ESPOSA/PAREJA AMAMANTANDO 26 QUERÍAN TENER (MÁS) HIJOS 27 OPOSICIÓN AL USO OPOSICIÓN DE EL ENTREVISTADO 31 OPOSICIÓN DE LA PAREJA 32 OPOSICIÓN DE OTROS 33 RELIGIÓN LO PROHIBE..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO NO CONOCEN MÉTODOS 41 NO SABEN DÓNDE CONSEGUIRLO..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO RAZONES DE SALUD 51 MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS..... 52 LEJANÍA/ ACCESO AL LUGAR 53 MUY COSTOSO 54 INCÓMODO DE USAR 55 INTERFIERE CON FUNCIONES NORMALES DEL CUERPO 56 OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A									
424	¿Con quién tuvo su última relación sexual?	ESPOSA/COMPAÑERA 01 EX-ESPOSA/ EXCOMPAÑERA 02 NOVIA/ PROMETIDA..... 03 AMIGA..... 04 CONOCIDA CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADORA SEXUAL..... 07 OTRO: _____ 96 (ESPECIFIQUE)										
425	¿Durante cuánto tiempo mantuvo (ha tenido) relaciones sexuales con esta persona? REGISTRE LA RESPUESTA EN LA UNIDAD DE TIEMPO DADA POR EL ENTREVISTADO	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"/>										
426	Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?	SÍ..... 1 NO..... 2	→ 428									
427	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	NÚMERO DE PERSONAS..... <input type="text"/> <input type="text"/>										
428	En esta época se habla más abiertamente de las relaciones entre personas del mismo sexo. ¿Usted, ha tenido sexo alguna vez con:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>A Hombres?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>B Hombre y Mujer?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		SÍ	NO	A Hombres?	1	2	B Hombre y Mujer?	1	2	
	SÍ	NO										
A Hombres?	1	2										
B Hombre y Mujer?	1	2										
429	¿Ha pagado usted alguna vez para tener relaciones sexuales?	SÍ..... 1 NO..... 2	→ 432									
430	¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que pagó por tener relaciones sexuales?	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"/>										
431	La última vez que tuvo relaciones sexuales pagadas, ¿usaron condón?	SÍ..... 1 NO..... 2										

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
432	¿Sabe de algún lugar dónde se puede conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	→ 435
433	¿Cuál es ese lugar? SI ES HOSPITAL, CENTRO O PUESTO DE SALUD, O CONSULTORIO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR Y SONDEE PARA DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO _____ (NOMBRE DEL LUGAR) INDAGUE: ¿Algún otro lugar? ENCIERRE EN UN CIRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/..... D OTRO PÚBLICO _____ E (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO _____ J (ESPECIFIQUE) OTRO (PÚBLICO O PRIVADO) PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K VISITA DOMICILIARIA DE "MI SALUD"..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N MED. TRADICIONAL/ CURANDERO/ KAKURI KALLAWAYA, IPAYE, QHAPACHAQUERAS, AYSIRIS, KAKURIS/JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE) KALLAWAYAS, QHAPACHAQUERAS) O OTRO LUGAR _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
434	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ INSEGURO 8	
435	VERIQUE EL USO DE CONDONES EN 302, 415, 417 Y 431: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/>	OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/>	→ 501
436	¿Cuántos años tenía usted cuando usó un condón por primera vez?	EDAD AL PRIMER USO..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	
437	¿Por qué usó condón esa primera vez? INDAGUE: ¿Alguna otra razón? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RAZONES MENCIONADAS.	PARA EVITAR UN EMBARAZO A PARA EVITAR CONTAGIO DE VIH/SIDA..... B PARA EVITAR CONTAGIARSE DE ITS C PARA EVITAR INFECTAR A LA PAREJA D PARA EXPERIMENTAR/ENSAYAR CONDÓN..... E OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	
438	¿Ha tenido problemas con el uso del condón? INDAGUE: ¿Algún otro problema? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS.	DIFICULTAD PARA DESHACERSE DE ÉLA DIFICULTAD PARA PONÉRSELO/ QUITÁRSELO.....B DISMINUYE EL PLACERC COMPAÑERA/ESPOSA CUESTIONA/ NO GUSTA.....D COMPAÑERA/ESPOSA QUEDÓ EMBARAZADAE INCONVENIENTE PARA USARF SE ROMPIÓG OTRO: _____X (ESPECIFIQUE) NINGÚN PROBLEMA..... Z	
439	Dígame con cuáles de las siguientes afirmaciones usted está de acuerdo o en desacuerdo	DE EN ACUER- DESA- NO DO CUERDO SABE	
A	El condón disminuye el placer sexual del hombre	EL CONDÓN DISMINUYE EL PLACER SEXUAL DEL HOMBRE 1 2 8	
B	El condón es muy complicado de usar	EL CONDÓN ES MUY COMPLICADO DE USAR 1 2 8	
C	El condón puede usarse varias veces	EL CONDÓN PUEDE USARSE VARIAS VECES 1 2 8	
D	El condón protege contra las infecciones de transmisión sexual	EL CONDÓN PROTEGE CONTRA LAS ITS 1 2 8	
E	Comprar condones es vergonzoso	ES VERGONZOSO COMPRAR CONDÓN..... 1 2 8	
F	Una mujer tiene derecho a pedirle a un hombre que use condón	LA MUJER TIENE DERECHO A PEDIRLE A UN HOMBRE QUE USE CONDÓN 1 2 8	

SECCIÓN V. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

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

SECCION VI. PARTICIPACION EN EL CUIDADO DE LA SALUD			
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
601	VERIFIQUE 210: 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 → 606 NO..... 2 NO SABE..... 8 → 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 "DIAS" SI MENOS DE 1 MES; "MESES" SI MENOS DE 2 AÑOS; O "AÑOS" SI DOS AÑOS O MÁS	DIAS 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 NUMERO DE ORDEN DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR. SI LA MADRE NO ES MIEMBRO DEL HOGAR ANOTE "00" EN EL NUMERO DE ORDEN	NOMBRE DE LA MADRE DE LA NIÑA/O: _____ NUMERO DE ORDEN..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	VERIFIQUE 603: (ÚLTIMA/O) HIJA/O NACIÓ EN ENERO DE 2011 O DESPUÉS <input type="checkbox"/>	(ÚLTIMA/O) HIJA/O NACIÓ ANTES DE ENERO 2011 <input type="checkbox"/>	614
608	VERIFIQUE 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 01 ERAN CASADOS/ UNIDOS (EX-ESPOSA/ COMPANERA) 02 ACTUALMENTE VIVEN JUNTOS 03 VIVIAN JUNTOS 04 PAREJA SEXUAL REGULAR..... 05 ELLA ES SU NOVIA/PROMETIDA 06 PAREJA SEXUAL OCASIONAL 07 AMIGA/CONOCIDA 08 OTRO _____ (ESPECIFIQUE) 96	
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	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
611	VEA 602 Y 604: NOMBRE Y SI ESTA VIVO. NOMBRE _____ <input type="checkbox"/> 604 = 1	604 = 2, 8 <input type="checkbox"/>	614
612	¿Vive (NOMBRE DE LA/EL NIÑA/NINO) 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? INDAGUE: ¿Alguna persona más? ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS	EL ENTREVISTADO A LA MADRE DE LA/EL NIÑA/O..... B PARIENTE FEMENINO C PARIENTE MASCULINO D OTRO X (ESPECIFIQUE) NINO/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? INDAGUE: ¿Algún otro problema? ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS 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 OTRO X (ESPECIFIQUE) NO CONOCE NINGÚN PROBLEMA Z	
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 NO SABE..... 8	621
620	¿Cuántas dosis de vacuna antitetánica recibió en total?	VECES / DOSIS <input type="text"/> NO SABE..... 8	
621	¿Usted sabe que el hombre puede desarrollar cáncer de próstata?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	625
622	¿Usted sabe que el cáncer de próstata puede diagnosticarse tempranamente mediante un examen clínico y de sangre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
623	¿Se ha realizado un examen clínico y/o de sangre para detectar cáncer de próstata?	SI..... 1 NO..... 2	
624	¿Conoce a alguna persona 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	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
625	¿Usted ha oído hablar de una enfermedad llamada tuberculosis o TB?	SI..... 1 NO..... 2	→ 629
626	¿Cómo se transmite la tuberculosis de una persona a otra? SONDEE: ¿Alguna otra forma? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS OPCIONES 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 OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
627	¿En su familia hay alguien con Tuberculosis diagnosticada?.	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
628	¿Si un miembro de su familia tuviera tuberculosis, usted preferiría mantenerlo en secreto o no?	SI, PREFERIRÍA MANTENER SECRETO..... 1 NO 2 NO ESTA SEGURO/DEPENDE 3	
629	¿Conoce usted alguna persona que tenga tos por más de 15 días en su familia o en su barrio/comunidad?	EN SU FAMILIA..... 1 EN SU BARRIO/COMUNIDAD..... 2 NO CONOCE 3	
630	Entre las mujeres de su familia, ¿Ha tenido Cáncer de mama su: A Abuela (s)? B Madre? C Hermana (s)? D Tía (s)?	SI NO NS ABUELA (S)..... 1 2 8 MADRE..... 1 2 8 HERMANA (S)..... 1 2 8 TÍA (S)..... 1 2 8	
631	Por favor me dice si el año pasado 2015 sufrió alguno de los siguientes eventos en la ciudad o en el campo: PARA CADA PREGUNTA: SI ES "SI", SONDEE ¿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?	CIUDAD PUEBLO/ SI NO CAMPO SI NO 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	
632	VERIFIQUE EN 631: TUVO ACCIDENTE EN EL TRABAJO <input type="checkbox"/> ↓ OTRAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/> → 634		
633	Si tuvo un accidente de trabajo, ¿Quién cubrió los gastos incurridos? A ¿Seguridad social? B ¿Empresa contratante? C ¿Usted mismo?	SI NO SEGURIDAD SOCIAL..... 1 2 EMPRESA CONTRATANTE..... 1 2 USTED MISMO..... 1 2	
634	¿Usted tiene seguro de salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 701
635	¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted? SONDEE: ¿Algún otro tipo? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CAJAS DE SALUD A SEGURO PRIVADO B SEGUROS PÚBLICOS (DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL)..... C OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE)	

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	→ 721																				
702	¿Qué puede hacer una persona para evitar que le transmitan el virus VIH, que produce el SIDA? ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS ESPONTÁNEAMENTE ¿Algo más? 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/ SER LE 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 INYECTAN 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 virus del VIH teniendo una sola pareja sexual fiel que no este infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
704	¿Pueden las personas protegerse del virus del VIH usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
705	¿Puede una persona contraer el virus VIH que causa el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
706	¿Pueden las personas protegerse de infectarse el virus del VIH no teniendo relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
707	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus VIH, que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
708	¿Conoce usted a alguien que tenga y/ o que haya muerto por causa de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
709	En qué momento puede transmitir la madre infectada al hijo, el virus VIH, que provoca el SIDA: A ¿Durante el embarazo? B ¿Durante el parto? C ¿Durante la cesárea? D ¿Mientras está lactando o amamantando?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">SI</td> <td align="center">NO</td> <td align="center">NS</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA CESÁREA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA CESÁREA.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																				
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																				
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																				
DURANTE LA CESÁREA.....	1	2	8																				
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																				
710	VERIFIQUE EN 401 SI ACTUALMENTE CASADO O UNIDO: ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/> ↓	NO CASADO NI UNIDO <input type="checkbox"/> →	712																				
711	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposa/ compañera sobre las formas de evitar transmitirse el virus 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 en:	<table> <tr> <td></td> <td>DE ACUERDO</td> <td>EN DESACUERDO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>La radio?</td> <td>EN LA RADIO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>La televisión?</td> <td>EN LA TV..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>El periódico?</td> <td>EN PERIÓDICO..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Internet?</td> <td>INTERNET..... 1 2</td> </tr> </table>		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	A	La radio?	EN LA RADIO..... 1 2	B	La televisión?	EN LA TV..... 1 2	C	El periódico?	EN PERIÓDICO..... 1 2	D	Internet?	INTERNET..... 1 2		
	DE ACUERDO	EN DESACUERDO																	
A	La radio?	EN LA RADIO..... 1 2																	
B	La televisión?	EN LA TV..... 1 2																	
C	El periódico?	EN PERIÓDICO..... 1 2																	
D	Internet?	INTERNET..... 1 2																	
713	¿Compraría usted vegetales/verduras de alguien que estuviese infectado con VIH/SIDA?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....</td> <td>8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....	8											
SI.....	1																		
NO.....	2																		
NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....	8																		
714	Si un pariente suyo quedara infectado con el VIH/SIDA,	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Esta información debería saberla toda la comunidad?</td> <td colspan="2">ESTA INFORMACIÓN DEBERÍA SABERLA TODA LA COMUNIDAD..... 1 2 8</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propia casa?</td> <td colspan="2">ESTARÍA USTED DISPUESTO A CUIDARLO EN SU PROPIA CASA..... 1 2 8</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Lo expulsaría de su casa?</td> <td colspan="2">LO EXPULSARÍA DE SU CASA..... 1 2 8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	A	¿Esta información debería saberla toda la comunidad?	ESTA INFORMACIÓN DEBERÍA SABERLA TODA LA COMUNIDAD..... 1 2 8		B	¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propia casa?	ESTARÍA USTED DISPUESTO A CUIDARLO EN SU PROPIA CASA..... 1 2 8		C	¿Lo expulsaría de su casa?	LO EXPULSARÍA DE SU CASA..... 1 2 8		
	SI	NO	NS																
A	¿Esta información debería saberla toda la comunidad?	ESTA INFORMACIÓN DEBERÍA SABERLA TODA LA COMUNIDAD..... 1 2 8																	
B	¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propia casa?	ESTARÍA USTED DISPUESTO A CUIDARLO EN SU PROPIA CASA..... 1 2 8																	
C	¿Lo expulsaría de su casa?	LO EXPULSARÍA DE SU CASA..... 1 2 8																	
715	A una persona que tenga el VIH/SIDA y que trabaje con otras personas, por ejemplo: en una tienda, una oficina, enseñando en una escuela o trabajando en el campo ¿Se le puede permitir seguir trabajando o no?	<table> <tr> <td>PUEDE SEGUIR</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO DEBE SEGUIR</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....</td> <td>8</td> </tr> </table>	PUEDE SEGUIR	1	NO DEBE SEGUIR	2	NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....	8											
PUEDE SEGUIR	1																		
NO DEBE SEGUIR	2																		
NO SABE/ NO ESTÁ SEGURO/ DEPENDE.....	8																		
716	¿Se le debe hablar a los niños/as entre 12-14 años sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2													
SI.....	1																		
NO.....	2																		
717	Yo no quiero conocer los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba del VIH?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> <td>→ 721</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	SI.....	1	→ 721	NO.....	2												
SI.....	1	→ 721																	
NO.....	2																		
718	¿Le gustaría que le hicieran la prueba del VIH?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NO SABE/NO ESTÁ SEGURO</td> <td>8</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2	NO SABE/NO ESTÁ SEGURO	8											
SI.....	1																		
NO.....	2																		
NO SABE/NO ESTÁ SEGURO	8																		
719	¿Sabe de algún lugar donde pueda ir a hacerse la prueba del VIH que causa el SIDA?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> <td>→ 721</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </table>	SI.....	1	→ 721	NO.....	2												
SI.....	1	→ 721																	
NO.....	2																		
720	<p>¿Cuál es ese lugar?</p> <p>SONDEE: ¿Algún otro sitio?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS</p>	<p>SECTOR PÚBLICO</p> <p>HOSPITAL PÚBLICO..... A</p> <p>HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B</p> <p>CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C</p> <p>POLICLÍNICO/ POLICONSULTORIO..... D</p> <p>OTRO PÚBLICO..... E</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>SECTOR PRIVADO</p> <p>HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F</p> <p>CLÍNICA PRIVADA..... G</p> <p>CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG..... H</p> <p>CONSULTORIO MÉDICO/MÉDICO PARTICULAR I</p> <p>OTRO PRIVADO..... J</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>OTRO (PÚBLICO O PRIVADO)</p> <p>PROMOTOR/ RPS/ OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD K</p> <p>VISITA DOMICILIARIA DE PERSONAL "MI SALUD"... L</p> <p>MED. TRADICIONAL (CURANDERO, NATURISTA, KALLAWAYA, IPAYE, QHAPACHAQUERAS, AYSIRIS, KAKURIS/JAMPIRI/ QOLLIRI/ IPAYE) KALLAWAYAS, QHAPACHAQUERAS) M</p> <p>FARMACIA..... N</p> <p>AMIGO/FAMILIAR..... O</p> <p>OTRO LUGAR..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE Z</p>																	
721	Aparte del VIH/SIDA ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que se pueden contagiar mediante las relaciones sexuales?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2													
SI.....	1																		
NO.....	2																		
722	<p>VERIFIQUE 412 SI TUVO RELACIONES SEXUALES:</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/></p> <p>NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		→ 725																
723	¿Ha tenido usted alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> <td>→ 725</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> <td>→ 725</td> </tr> <tr> <td>NO SABE</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </table>	SI.....	1	→ 725	NO.....	2	→ 725	NO SABE	8									
SI.....	1	→ 725																	
NO.....	2	→ 725																	
NO SABE	8																		
724	Hizo usted algo de lo siguiente para evitar contagiar una infección de transmisión sexual a su pareja:	<table> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>¿Dejó de tener relaciones sexuales?</td> <td colspan="2">DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... 1 2</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>¿Usó condones al tener relaciones sexuales?</td> <td colspan="2">USÓ CONDONES 1 2</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>¿Tomó medicamentos?</td> <td colspan="2">TOMÓ MEDICAMENTO 1 2</td> </tr> </table>		SI	NO	A	¿Dejó de tener relaciones sexuales?	DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... 1 2		B	¿Usó condones al tener relaciones sexuales?	USÓ CONDONES 1 2		C	¿Tomó medicamentos?	TOMÓ MEDICAMENTO 1 2			
	SI	NO																	
A	¿Dejó de tener relaciones sexuales?	DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... 1 2																	
B	¿Usó condones al tener relaciones sexuales?	USÓ CONDONES 1 2																	
C	¿Tomó medicamentos?	TOMÓ MEDICAMENTO 1 2																	
725	Si usted tuviera una infección de transmisión sexual/enfermedad venérea, ¿Sabe que tendría un mayor	<table> <tr> <td>SI.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	SI.....	1	NO.....	2													
SI.....	1																		
NO.....	2																		

riesgo de infectarse con el virus VIH que causa el SIDA?

NO SABE 8

SECCIÓN VIII. VIOLENCIA AL HOMBRE

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
801	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD.</p> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA</p> <p>PRESENCIA DE OTROS:</p> <p>MENORES DE 10 AÑOS..... 1 2</p> <p>ESPOSA/COMPAÑERA..... 1 2</p> <p>OTROS HOMBRES..... 1 2</p> <p>OTRAS MUJERES..... 1 2</p>																																										
	<p>LEA AL ENTREVISTADO</p> <p>Yo se que algunas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de los hombres en Bolivia. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales.</p>																																										
802	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 401 Y 402 ESTADO CONYUGAL DEL ENTREVISTADO</p> <p>SI NO TIENE O NO HA TENIDO ESPOSA, COMPAÑERA, PAREJA, PREGUNTAR SI TIENE O HA TENIDO PAREJA, EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES</p> <p>ULTIMA ESPOSA/ COMPAÑERA/PAREJA <input type="checkbox"/> NO/NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/></p>		829																																								
803	<p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última esposa/ compañera</p> <p>Por favor dígame si las siguientes situaciones se presentaron en la relación con su esposa/ compañera en los últimos 12 meses muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.</p> <p>A ¿Le acusaba de serle infiel?</p> <p>B ¿Lo celaba con alguna amiga?</p> <p>C ¿Trataba de limitar sus contactos con su familia?</p> <p>D ¿Lo humillaba o insultaba?</p> <p>E ¿Lo amenazaba con abandonarlo?</p> <p>F ¿Lo amenazaba con quitarle a sus hijas/os?</p> <p>G ¿Al enojarse rompía objetos en el hogar como forma de amenaza?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI MUY A MENUDO</th> <th>ALGUNAS VECES</th> <th>UNA VEZ</th> <th>NO NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LO ACUSABA DE SER INFIEL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>LO CELABA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>LIMITABA CONTACTOS CON FAMILIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>HUMILLABA E INSULTABA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AMENAZABA CON ABANDONARLO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AMENAZABA QUITARLE LAS/OS HIJAS/O.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ROMPIÓ OBJETOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		SI MUY A MENUDO	ALGUNAS VECES	UNA VEZ	NO NUNCA	LO ACUSABA DE SER INFIEL.....	1	2	3	4	LO CELABA.....	1	2	3	4	LIMITABA CONTACTOS CON FAMILIA.....	1	2	3	4	HUMILLABA E INSULTABA.....	1	2	3	4	AMENAZABA CON ABANDONARLO.....	1	2	3	4	AMENAZABA QUITARLE LAS/OS HIJAS/O.....	1	2	3	4	ROMPIÓ OBJETOS.....	1	2	3	4	
	SI MUY A MENUDO	ALGUNAS VECES	UNA VEZ	NO NUNCA																																							
LO ACUSABA DE SER INFIEL.....	1	2	3	4																																							
LO CELABA.....	1	2	3	4																																							
LIMITABA CONTACTOS CON FAMILIA.....	1	2	3	4																																							
HUMILLABA E INSULTABA.....	1	2	3	4																																							
AMENAZABA CON ABANDONARLO.....	1	2	3	4																																							
AMENAZABA QUITARLE LAS/OS HIJAS/O.....	1	2	3	4																																							
ROMPIÓ OBJETOS.....	1	2	3	4																																							
804	<p>VERIFIQUE 803:</p> <p>AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/></p> <p>TODOS CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/></p>		806																																								
805	<p>Como resultado de éstas situaciones con su esposa/ compañera:</p> <p>A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su esposa/compañera?</p> <p>B ¿Tuvo desgano, tristeza o llanto frecuentes?</p> <p>C ¿Dejó de trabajar?</p> <p>D ¿Dejó de estudiar?</p> <p>E ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?</p> <p>F ¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si mismo?</p> <p>G ¿Ha pensado en abandonar su hogar?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI MUY A MENUDO</th> <th>NO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <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>DEJÓ DE TRABAJAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DEJÓ DE ESTUDIAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRAS IMPORTANTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PENSÓ EN LASTIMARSE.....</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> </tbody> </table>		SI MUY A MENUDO	NO	NR	MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8	DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....	1	2	8	DEJÓ DE TRABAJAR.....	1	2	8	DEJÓ DE ESTUDIAR.....	1	2	8	OTRAS IMPORTANTES.....	1	2	8	PENSÓ EN LASTIMARSE.....	1	2	8	PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8									
	SI MUY A MENUDO	NO	NR																																								
MIEDO A REACCIÓN.....	1	2	8																																								
DESGANO, TRISTEZA, LLANTO.....	1	2	8																																								
DEJÓ DE TRABAJAR.....	1	2	8																																								
DEJÓ DE ESTUDIAR.....	1	2	8																																								
OTRAS IMPORTANTES.....	1	2	8																																								
PENSÓ EN LASTIMARSE.....	1	2	8																																								
PENSÓ ABANDONAR SU HOGAR.....	1	2	8																																								
806	<p>Por favor dígame si en los últimos 12 meses, se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su esposa/ compañera, muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.</p> <p>A ¿Lo ha empujado o jaloneado?</p> <p>B ¿Lo ha golpeado con la mano o con el pie?</p> <p>C ¿Lo ha golpeado con un objeto?</p> <p>D ¿Lo ha tratado de estrangular o quemar?</p> <p>E ¿Lo ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería?</p> <p>F ¿Lo ha forzado a tener algún tipo de actividad sexual que usted no quería?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI MUY A MENUDO</th> <th>SI ALGUNA VEZ</th> <th>UNA VEZ</th> <th>NUNCA</th> </tr> </thead> <tbody> <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/ FORZADO A TENER REL. SEX.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>QUEMAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>FORZADO A ACTIVIDADES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		SI MUY A MENUDO	SI ALGUNA VEZ	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/ FORZADO A TENER REL. SEX.....	1	2	3	4	QUEMAR.....	1	2	3	4	FORZADO A ACTIVIDADES SEXUALES.....	1	2	3	4						
	SI MUY A MENUDO	SI ALGUNA VEZ	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/ FORZADO A TENER REL. SEX.....	1	2	3	4																																							
QUEMAR.....	1	2	3	4																																							
FORZADO A ACTIVIDADES SEXUALES.....	1	2	3	4																																							
807	<p>VERIFIQUE 806</p> <p>AL MENOS UN CÓDIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/></p> <p>TODO CÓDIGO 4 <input type="checkbox"/></p>		819																																								
808	<p>¿Estas situaciones se han presentado a solas o en presencia de otras personas?</p> <p>SI EN PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS, SONDEE:</p> <p>¿Amigos, familiares, hijas/os?</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>(ESPECIFICAR)</p>																																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
809	Como resultado de estas agresiones físicas de su esposa/compañera:		
A	¿Sintió miedo constante a la reacción de su esposa/compañera?	MIEDO A REACCIÓN..... 1 2 8	
B	¿Tuvo desgano, tristeza o llanto frecuentes?	DESGANO, TRISTEZA, LLANTO 1 2 8	
C	¿Tuvo moretones, marcas y dolores en el cuerpo, heridas o algún hueso quebrado?	MORETONES HERIDAS HUESOS QUEBRADOS..... 1 2 8	
D	¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?	PÉRDIDA DE ÓRGANO..... 1 2 8	
E	¿Dejó de trabajar?	DEJÓ DE TRABAJAR 1 2 8	
F	¿Dejó de estudiar?	DEJÓ DE ESTUDIAR 1 2 8	
G	¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?	OTRAS IMPORTANTES 1 2 8	
H	¿Dejó de participar en organizaciones sociales o políticas donde participaba?	DEJÓ DE PARTICIPAR 1 2 8	
I	¿Ha pensado alguna vez en lastimarse a si mismo?	PENSÓ EN LASTIMARSE..... 1 2 8	
810	VERIFIQUE 809: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	819
811	¿Cómo resultado de lo que su esposa/ compañera le hizo usted fue al médico o a un establecimiento de salud?	SI..... 1 NO..... 2	813
812	El personal del establecimiento de salud, ¿le orientó para denunciar la agresión?	SI..... 1 NO..... 2	
813	Cuando fue agredido por su esposa/ compañera, ¿pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	815
814	¿A quiénes? INDAGUE: ¿Alguien más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MADRE..... A PADRE..... B MADRASTRA..... C PADRASTRO..... D HERMANA..... E HERMANO..... F HIJA..... G HIJO..... H PARIENTES POLÍTICOS(SUEGRO/A, CUÑADO/A I REDES SOCIALES EN INTERNET J VECINOS/AMIGOS..... K OTRAS PERSONAS X (ESPECIFIQUE)	
815	Cuando lo agredieron, ¿Ud. denunció la agresión? SI LA RESPUESTA ES "SI", ¿A cuál institución ha acudido? INDAGUE: ¿Alguna más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CENTRO DE SALUD..... A FELCV/BRIGADA B SLIMs C POLICÍA D FISCALIA E JUZGADO F SEDEGES G ONG H AUTORIDADES COMUNITARIAS/ ORIGINARIAS... I DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA... J OTRA X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIÓ..... L	818
816	¿Qué tipo de apoyo recibió? INDAGUE: ¿Alguno más? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS	MÉDICO..... A PSICOLÓGICO B LEGAL C SOCIAL(INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) D COMUNITARIO E OTRO X (ESPECIFIQUE) NO RECIBIÓ APOYO Y	
817	¿Qué tipo de sanción o terapia recibió la agresora? INDAGUE: ¿Alguna otra sanción o terapia? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MULTAS..... A ARRESTO..... B TRABAJO COMUNITARIO..... C TERAPIA PSICOLÓGICA..... D NINGUNA..... E RETIRÓ LA DENUNCIA F RESOLUCIÓN LEGAL A SALIR DE LA CASA G OTRA X NO SABE Z	819

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	IS Y CODIGOS	PASE A
825	<p>Cuando lo obligaron o forzaron sexualmente, ¿Ud.denunció la agresión?</p> <p>SI ES "SI", PREGUNTE:</p> <p>¿A cuál institución ha acudido?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna más?</p>	<p>CENTRO DE SALUD..... A</p> <p>FELCV/BRIGADA B</p> <p>SLIMs C</p> <p>POLICÍA D</p> <p>FISCALIA E</p> <p>JUZGADO F</p> <p>SEDEGES G</p> <p>ONG H</p> <p>AUTORIDADES COMUNITARIAS/ ORIGINARIAS... I</p> <p>DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA... J</p> <p>OTRA X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO DENUNCIÓ..... Y →</p>	828
826	<p>¿Qué tipo de apoyo recibió: médico, psicológico, legal u otro?</p> <p>INDAGUE: ¿Algún otro?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>MÉDICO..... A</p> <p>PSICOLÓGICO..... B</p> <p>LEGAL..... C</p> <p>SOCIAL (INFORMACIÓN/ORIENTACIÓN) D</p> <p>COMUNITARIO E</p> <p>OTRO X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECIBIO APOYO Y</p>	
827	<p>¿Qué le hicieron a la persona que lo agredió?</p> <p>INDAGUE: ¿Algo más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>MULTAS..... A</p> <p>ARRESTO..... B</p> <p>TRABAJO COMUNITARIO..... C</p> <p>TERAPIA PSICOLÓGICA..... D</p> <p>NINGUNA..... E</p> <p>RETIRÓ LA DENUNCIA F</p> <p>NO SABE G</p> <p>RESOLUCIÓN LEGAL A SALIR DE LA CASA..... H</p>	829
828	<p>¿Por qué no denunció?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguna otra razón?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>NO SABÍA DONDE IR A</p> <p>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN B</p> <p>ES NORMAL C</p> <p>YO TENIA LA CULPA D</p> <p>MIEDO A LA SEPARACIÓN..... E</p> <p>MIEDO A QUEDARSE SOLA..... F</p> <p>MIEDO A REPRESALIAS..... G</p> <p>MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONÓMICO..... H</p> <p>PENSÉ QUE NO VOLVERÍA A OCURRIR..... I</p> <p>NO CREÍA EN LA JUSTICIA J</p> <p>PENSÉ QUE ME COBRARÍAN..... K</p> <p>RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE..... L</p> <p>POR NO AFECTAR A LOS HIJOS M</p> <p>MIEDO A QUE ME QUITEN LOS HIJOS N</p> <p>OTRA X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
829	<p>¿Observó usted alguna vez agresiones físicas entre sus padres?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO RESPONDE..... 8</p>	
830	<p>VERIFIQUE 208</p> <p>AL MENOS UN HIJO <input type="checkbox"/></p>	<p>NINGÚN HIJO <input type="checkbox"/></p>	836
831	<p>¿Quién cuida a sus hijas(os) la mayor parte del tiempo?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>PADRE A</p> <p>MADRE B</p> <p>PADRASTRO C</p> <p>MADRASTRA D</p> <p>ABUELO E</p> <p>ABUELA..... F</p> <p>HERMANO/A MAYOR G</p> <p>TRABAJADOR/A DEL HOGAR..... H</p> <p>MAESTRO (A) PARVULARIA/ EDUCADORAS I</p> <p>TUTOR/ A J</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE Y</p>	
832	<p>¿Alguna persona agrede a sus hijas(os) en el hogar a título de educación, disciplina o corrección?</p> <p>INDAGUE: ¿Alguien más?</p> <p>ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS</p>	<p>PADRE A</p> <p>MADRE B</p> <p>PADRASTRO C</p> <p>MADRASTRA D</p> <p>ABUELO E</p> <p>ABUELA..... F</p> <p>HERMANA..... G</p> <p>HERMANO H</p> <p>TIO/ TIA I</p> <p>TUTOR/ TUTORA J</p> <p>OTRO: X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NADIE/ NO LOS CASTIGAN..... Z →</p>	836

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
833	VERIFIQUE 832 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">PADRE(A) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">MADRE (B) <input type="checkbox"/></div> <div style="text-align: center;">SI 832 ≠ A, B <input type="checkbox"/></div> </div>		
834	HIJOS VARONES ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS A. En qué forma castiga Ud. a sus hijos varones ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	B. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos varones ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?
835	HIJAS MUJERES A. En qué forma castiga Ud. a sus hijas mujeres ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	B. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijas mujeres ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?	C. En qué forma castiga esa persona a sus hijas mujeres ? INDAGUE: ¿De alguna otra forma?
836	Generalmente, ¿en qué forma lo castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que creció? INDAGUE: ¿De alguna otra forma? ENCIERRE EN UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS A GOLPES CON: CHICOTE, CHINELAS, CINTURÓN, QUIMSA CHARANI..... B GRITOS..... C INSULTOS..... D PRIVÁNDOLO DE ALIMENTACIÓN E DEJÁNDOLO ENCERRADO F PONIÉNDOLE MÁS TRABAJO G DEJÁNDOLO FUERA DE CASA H ECHÁNDOLE AGUA I QUITÁNDOLE LA ROPA..... J IGNORÁNDOLO MÁS DE UN DÍA..... K QUITÁNDOLE SU RECREO O MESADA..... L PROHIBIÉNDOLE ALGO QUE LE GUSTA M SACUDONES N OTRA:..... X (ESPECIFIQUE) NO LO CASTIGABAN..... Y	
837	¿Cree Ud. que para educar a las/os hijas/os es necesario algún castigo? SI ES "SI", PREGUNTE ¿A menudo o algunas veces? SI ES "NO", MARQUE NUNCA	A MENUDO..... 1 ALGUNAS VECES..... 2 NUNCA..... 3	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																												
838	<p>En su opinión se justifica que el padre o la madre castigue (agreda) 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>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DESOBEDIENTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>HACEN RENEGAR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LLEGAN TARDE A CASA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO CUMPLEN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LLORA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EMBARAZAN A UNA NIÑA/ ADOLESCENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	DESOBEDIENTES.....	1	2	8	HACEN RENEGAR	1	2	8	LLEGAN TARDE A CASA.....	1	2	8	NO CUMPLEN	1	2	8	LLORA	1	2	8	EMBARAZAN A UNA NIÑA/ ADOLESCENTE	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																												
DESOBEDIENTES.....	1	2	8																												
HACEN RENEGAR	1	2	8																												
LLEGAN TARDE A CASA.....	1	2	8																												
NO CUMPLEN	1	2	8																												
LLORA	1	2	8																												
EMBARAZAN A UNA NIÑA/ ADOLESCENTE	1	2	8																												
839	<p>VERIFIQUE 208 (SI TIENE UNO O MAS HIJAS/OS):</p> <p>¿Usted tiene hijas/os menores a 18 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → 842</p>																														
840	<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 través de amenazas a tener relaciones sexuales?</p> <p>E Tener relaciones sexuales sin consentimiento?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TOQUETEO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONVENCER PARA TENER SEXO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AMENAZAS PARA TENER SEXO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RELACIONES SEXUALES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TOQUETEO.....	1	2	CONVENCER PARA TENER SEXO.....	1	2	OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES	1	2	AMENAZAS PARA TENER SEXO.....	1	2	RELACIONES SEXUALES	1	2											
	SI	NO																													
TOQUETEO.....	1	2																													
CONVENCER PARA TENER SEXO.....	1	2																													
OTRAS ACTIVIDADES SEXUALES	1	2																													
AMENAZAS PARA TENER SEXO.....	1	2																													
RELACIONES SEXUALES	1	2																													
841	<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>																													
842	<p>ENTREVISTADOR TUVO QUE INTERRUMPIR LA ENTREVISTA DEBIDO A LA PRESENCIA DE OTRA PERSONA QUE TRATABA DE ESCUCHAR, O ENTRÓ EN EL CUARTO, O INTERRUMPIÓ EN ALGUNA OTRA FORMA?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>SI UNA VEZ</th> <th>SI, MAS DE UNA</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPOSA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OTRO HOMBRE ADULTO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MUJER ADULTA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA	NO	ESPOSA	1	2	3	OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3	MUJER ADULTA	1	2	3													
	SI UNA VEZ	SI, MAS DE UNA	NO																												
ESPOSA	1	2	3																												
OTRO HOMBRE ADULTO	1	2	3																												
MUJER ADULTA	1	2	3																												
843	<p>AGRADEZCA AL ENTREVISTADO POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.</p>																														
844	<p>HORA DE FINALIZACIÓN:</p>	<p>HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																													

OBSERVACIONES DEL/DE LA ENTREVISTADOR/ A
(Para ser llenado inmediatamente después de terminada la entrevista individual)

Comentarios acerca de
la entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR/EDITOR

Nombre del Supervisor: _____

Fecha: _____

OBSERVACIONES SUPERVISOR GENERAL

Nombre del Supervisor General _____

Fecha: _____