



SECCIÓN 1. 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	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud.. Antes de que usted cumpliera los 12 años ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en la capital o ciudad grande, en ciudad intermedia o pequeña, en un pueblo, en el campo o en el extranjero?	EN LA CAPITAL O CIUDAD GRANDE..... 1 CIUDAD INTERMEDIA O PEQUEÑA..... 2 EN UN PUEBLO..... 3 EN EL CAMPO..... 4 EN EL EXTRANJERO..... 5	
102A	¿Dónde nació: en éste lugar, en otro lugar del país o en el exterior?	EN ESTE LUGAR..... 1 EN OTRO LUGAR DEL PAÍS..... 2 EN EL EXTERIOR..... 3	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo en esta localidad (LUGAR DE LA ENTREVISTA)? SI MENOS DE UN AÑO, ESCRIBA "00" EN LA CASILLA	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 104B VISITANTE ..... 96 → 104B	
103A	Entre 2003 y este año, ¿vivía en otro lugar?	SI ..... 1 NO ..... 2 → 104B	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿dónde vivió habitualmente ? ANOTE TEXTUALMENTE EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO SI ES EN EL EXTERIOR, ANOTE EL NOMBRE DEL PAÍS	LOCALIDAD _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MUNICIPIO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DEPARTAMENTO _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EXTRANJERO (PAÍS) _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
104A	¿Cuál fue la razón principal por la que dejó ese lugar?	BÚSQUEDA DE TRABAJO ..... 01 TRASLADO DE TRABAJO ..... 02 EDUCACIÓN ..... 03 SALUD ..... 04 RAZONES DE FAMILIA ..... 05 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
104B	¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena / originario como quechua, aymara, guarani u otro?:	QUECHUA ..... 1 AYMARA ..... 2 GUARANI ..... 3 OTRO ..... 6 (ESPECIFIQUE) NINGUNO..... 7	
105	¿En qué mes y año nació usted?	MES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES ..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO ..... 99 98	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene usted? COMPARE 105 Y 106. CORRIJA SI SON DIFERENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	¿Asistió usted alguna vez a la escuela	SI..... 1 NO..... 2 → 111	
108	¿Cuál fue el nivel y curso de instrucción más alto que aprobó en primaria, secundaria, normal, policía, militar o universitaria?	NIVEL CURSO PRIMARIA ..... 1 <input type="text"/> SECUNDARIA ..... 2 <input type="text"/> NORMAL/POLICIA/MILITAR ..... 3 <input type="text"/> SUPERIOR UNIVERSITARIA ..... 4 <input type="text"/> POSTGRADO UNIVERSITARIO ..... 5 <input type="text"/>	110
109	¿Cuántos años tenía usted cuando aprobó ese último curso?	EDAD AL APROBAR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RESPONDE ..... 98	
110	VEA EN 108 EL NIVEL DE ESCOLARIDAD NINGUNO O 1 Ó 2 AÑOS DE PRIMARIA <input type="text"/>	OTRO NIVEL <input type="text"/>	114
111	Ahora me gustaría que usted lea en voz alta cada una de las siguientes frases: MUESTRE TARJETA AL ENTREVISTADO SI 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)	115

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																								
114	¿Cuántos días a la semana lee usted un periódico?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA ..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA ..... 3 ALGUNAS VECES AL MES ..... 4 NUNCA ..... 5																									
115	¿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																									
116	¿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																									
117	Durante la última semana ¿realizó usted algunas de las siguientes actividades deportivas por 10 minutos o más: A ¿Levantar cosas pesadas? B ¿Manejar bicicleta? C ¿Caminar rápidamente? D ¿Realizar trabajos físicos fuertes? E ¿Subir gradas o pendientes? F ¿Bailar? X ¿Alguna otra?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LEVANTAR COSAS PESADAS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MANEJAR BICICLETA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CAMINAR RÁPIDAMENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BAILAR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2	MANEJAR BICICLETA.....	1	2	CAMINAR RÁPIDAMENTE.....	1	2	REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....	1	2	SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2	BAILAR.....	1	2	OTRA.....	1	2	
	SI	NO																									
LEVANTAR COSAS PESADAS.....	1	2																									
MANEJAR BICICLETA.....	1	2																									
CAMINAR RÁPIDAMENTE.....	1	2																									
REALIZAR TRABAJOS FÍSICOS FUERTES.....	1	2																									
SUBIR GRADAS O PENDIENTES.....	1	2																									
BAILAR.....	1	2																									
OTRA.....	1	2																									
118	Durante la última semana ¿cuántos días realizó actividades deportivas por 10 minutos o más?	TODOS LOS DÍAS ..... 1 VARIOS DÍAS A LA SEMANA ..... 2 UNA VEZ A LA SEMANA ..... 3 NO ACTIVIDAD FÍSICA/DEPORTIVA ..... 4	→120 →120																								
119	Durante la última semana ¿diariamente cuánto tiempo realizó actividades deportivas?	10 A 30 MINUTOS ..... 1 DE 31 MINUTOS A UNA HORA ..... 2 MÁS DE 1 HORA ..... 3 NO ACTIVIDAD FÍSICA/DEPORTIVA ..... 4																									
120	¿Cuántas horas pasa sentada diariamente? ANOTE EL NÚMERO DE HORAS SI MENOS DE 10. CIRCULE EL CÓDIGO 10 SI 10 HORAS O MÁS	NÚMERO DE HORAS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 10 HORAS O MÁS ..... 10																									
121	¿Usted cree que realizar actividades deportivas es beneficioso para su salud?	SI..... 1 NO..... 2																									
122	A ¿Tiene dolores de cabeza, en la nuca con mayor intensidad? B ¿Tiene miedos sin que haya motivo? C ¿Tiene dificultades para realizar sus actividades diarias? D ¿Tiene dificultades para tomar decisiones? E ¿Llora con facilidad? F ¿Se asusta fácilmente? G ¿Se siente cansado todo el tiempo?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LLORA CON FACILIDAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ASUSTA CON FACILIDAD.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	1	2	MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2	DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2	DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2	LLORA CON FACILIDAD.....	1	2	ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2	SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO.....	1	2	
	SI	NO																									
DOLORES DE CABEZA, CON MAYOR INTENSIDAD.....	1	2																									
MIEDOS SIN CAUSA APARENTE.....	1	2																									
DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES.....	1	2																									
DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES.....	1	2																									
LLORA CON FACILIDAD.....	1	2																									
ASUSTA CON FACILIDAD.....	1	2																									
SIENTE CANSADO TODO EL TIEMPO.....	1	2																									
123	¿Ha tenido convulsiones, ataques con mordedura de lengua y pérdida de conocimiento?	SI..... 1 NO..... 2																									
124	¿Usted toma bebidas alcohólicas? SI ES NO: INDAGUE: ¿No toma o toma poco?	CON FRECUENCIA..... 1 BEBE POCO..... 2 NO BEBE..... 3	→126																								
125	¿Ha tenido usted alguna vez dificultades en el trabajo o estudios, a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2																									
126	¿Fuma? SI ES NO: INDAGUE: ¿No fuma o fuma poco?	CON FRECUENCIA..... 1 FUMA POCO ..... 2 NO FUMA..... 3																									
127	¿Conoce o ha escuchado hablar de algún tipo de droga, fuera del alcohol y el tabaco?	SI..... 1 NO..... 2																									
128	¿Oye voces que le hablan, y que otras personas no escuchan?	SI.....1 NO..... 2																									

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
130	¿Trabaja usted actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	133
131	¿Usted ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	133
132	¿Qué ha estado usted haciendo la mayor parte de tiempo durante los últimos 12 meses?	ES ESTUDIANTE ..... 01 BUSCAR TRABAJO ..... 02 RENTISTA ..... 03 JUBILADO/PENSIONADO ..... 04 INACTIVO ..... 05 NO PUEDE TRABAJAR/INCAPACITADO ..... 06 OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)	201
133	¿Cuál es o fue su ocupación principal, es decir qué clase de trabajo hace o hacía usted principalmente?	_____ _____ (ANOTE TEXTUALMENTE)	<input type="text"/>
134	VERIFIQUE 133 TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA(BA) EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	135A
135	¿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	
135A	¿Hace (hacía) 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 OTRA PERSONA ..... 3	
135B	¿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	137
136	¿Durante los últimos 12 meses, cuántos meses trabajó usted?	No. DE MESES ..... <input type="text"/>	
137	¿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	201 201
138	¿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 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA(BA) TODO SU SALARIO / INGRESO... 6	

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

	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 ó hija propio?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	206 206
202	De los hijos e hijas que usted tiene, ¿Hay alguno o alguna 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"/>  HIJAS EN CASA ..... <input type="text"/>	
204	¿Tiene usted alguna hija o hijo que está 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"/>  HIJAS FUERA ..... <input type="text"/>	
206	¿Alguna vez tuvo una niña o un niño que nació vivo pero que falleció después?  SI DIJO NO, INDAGUE:  ¿Tuvo usted algún (otro) niño o niña que lloró o most algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	208 208
207	¿Cuántos hijos (varones) han muerto?  ¿Cuántas hijas (mujeres) han muerto? SI DIJO NINGUNO, ANOTE "00"	HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/>  HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/>	
208	(Además de esos hijos), tiene usted:  A ¿Hijos o hijas suyos que no estén considerados como suyos legalmente?  B ¿Hijos o hijas suyos que no lleven su apellido?  C ¿Hijos o hijas suyos que usted no reconozca como suyos?	SI NO HIJOS O HIJAS NO CONSIDERADOS..... 1 2 HIJOS O HIJAS QUE NO LLEVAN SU APELLIDO. 1 2 HIJOS O HIJAS NO RECONOCIDOS..... 1 2	
208A	VEA 208:  NINGÚN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ALGÚN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 A 207 SI ES NECESARIO		
209	SUME LAS RESPUESTAS DE PREGUNTAS 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NO HA TENIDO HIJAS O HIJOS, ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/>	
209A	VERIFIQUE 209: Quisiera asegurarme que tengo la información correct ¿Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> hijos nacidos vivos durante toda su vida? ¿Es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 A 208 SI ES NECESARIO		
210	VERIFIQUE 209: HA TENIDO MÁS DE UN HIJO <input type="checkbox"/> HA TENIDO SOLO UN HIJO <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO HIJOS <input type="checkbox"/>		213 301
211	Los hijos que usted ha tenido, ¿Todos han sido con la misma mujer?	SI..... 1 NO..... 2	213
212	En total ¿Con cuántas mujeres usted ha tenido hijos?	TOTAL..... <input type="text"/>	
213	¿Cuantos años tenia usted cuando nació su primer hijo(a)?	EDAD EN AÑOS ..... <input type="text"/>	

### SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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		
<p>301 ¿Qué métodos o maneras conoce usted o de cuáles ha oído hablar</p> <p>- <b>ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE, PREGUNTE</b></p> <p>¿Conoce o ha oído hablar de (LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO)</p> <p>- <b>ENCIERRE EL CÓDIGO 1 PARA CADA MÉTODO RECONOCIDO. EN CASO CONTRARIO ENCIERRE EL CÓDIGO 2 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE</b></p>		<p>302 ¿Ha usado usted alguna vez (MÉTODO) con alguna de sus parejas?</p>
<p>01] ESTERILIZACIÓN FEMENINA (LIGADURA DE TROMPAS)</p> <p>Las mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>¿Ha tenido usted una pareja que se ha hecho operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>02] ESTERILIZACIÓN/ OPERACIÓN MASCULINA (VASECTOMÍA)</p> <p>Los hombres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>¿Se ha hecho usted operar para no tener (más) hijos?</p> <p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>03] PÍLDORAS/PASTILLAS (MÉTODOS ORALES)</p> <p>Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para evitar quedar embarazada</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>04] DISPOSITIVO INTRAUTERINO O DIU</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque un espiral, anillo o una T de cobre en la matriz</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>05] INYECCIONES PARA NO TENER HIJOS (DEPO - PROVERA)</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o una enfermera que le aplique una inyección para evitar quedar embarazada durante uno o varios meses</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>06] IMPLANTES O NORPLANT</p> <p>Las mujeres pueden pedir a un médico o enfermera que le coloque debajo de la piel del brazo cápsulas (tubitos, alambritos) para evitar que salga embarazada durante uno o varios años</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>07] CONDÓN (PRESERVATIVO)</p> <p>Los hombres pueden usar una fundita de goma puesta en el pene durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer salga embarazada</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>08] TABLETAS VAGINALES, ÓVULOS, ESPUMA O JALEA (MÉTODOS VAGINALES)</p> <p>La mujer puede colocarse dentro de la vagina una tableta, crema, espuma, óvulo, jalea antes de tener relaciones sexuales</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>09] MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)</p> <p>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</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>10] RITMO, OVULACIÓN, ABSTINENCIA PERIÓDICA O BILLINGS</p> <p>Las parejas pueden dejar de tener relaciones sexuales durante aquellos días del mes en los cuales la mujer tiene más posibilidad de quedar embarazada</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>11] MÉTODO DEL COLLAR (DÍAS FIJOS)</p> <p>El collar tiene 32 cuentas, de las cuales la cuenta roja representa el primer día de la menstruación, las cuentas blancas son los días en que puede quedar embarazada. Las cuentas de color café representan los días que puede tener relaciones.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>12] RETIRO (COITO INTERRUPTIDO)</p> <p>Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar el acto sexual, eyaculando o vaciándose fuera de la vagina de la mujer</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>
<p>13] ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (PILDORA DEL DÍA SIGUIENTE)</p> <p>Las mujeres pueden tomar ciertas pastillas hasta 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales para evitar quedar embarazada</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 ↘</p>	
<p>14] OTRO MÉTODO</p> <p>¿Ha oído usted hablar o conoce alguna otra forma o método usado por las mujeres o los hombres para evitar embarazos?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO..... 2</p>	
<p>301B</p>	<p>PREGUNTE 302 PARA CADA MÉTODO CON RESPUESTA 'SI' EN 301A.</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
303	Ahora me gustaría preguntarle sobre el riesgo de embarazo que tiene la mujer. ¿Considera usted que entre una menstruación y otra hay días en que la mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	305 305
304	¿Esos días son justo <b>antes</b> de que comience la menstruación, justo <b>después</b> que termine la menstruación a <b>lamitad</b> 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	
305	En su opinión, la siguiente frase es correcta o incorrecta:  Durante los primeros meses después de tener un hijo, una mujer que está dando el pecho no puede quedar embarazada aunque le haya regresado la menstruación.	CORRECTA ..... 1 INCORRECTA..... 2 NO SABE ..... 8	

SECCIÓN 4. NUPCIALIDAD Y ACTIVIDAD SEXUAL

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
401	¿Actualmente, está usted casado o vive en unión con una mujer?	SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 SI, VIVIENDO CON UNA MUJER..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	405 405 405
402	¿Ha estado usted casado o unido alguna vez aunque haya sido por poco tiempo	SI, ESTUVO CASADO..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	406 406 406
405	Aparte de la mujer que ha mencionado ¿Actualmente, tiene usted alguna otra pareja sexual regular, 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	408A 408A 408A 408A
406	¿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	
408	¿Cuál es su estado civil actual: viudo, separado divorciado, soltero ?	VIUDO..... 1 SEPARADO..... 2 DIVORCIADO..... 3 SOLTERO ..... 4	411 416
408A	¿Su esposa/compañera vive actualmente con usted o vive en alguna otra parte?	VIVE CON EL..... 1 VIVE EN OTRA PARTE..... 2	411
409	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 ..... [ ] [ ] [ ]	
411	¿Ha estado usted casado o en unión libre con un mujer sólo una vez o más de una vez	UNA VEZ..... 1 MÁS DE UNA VEZ..... 2	414
412	En total, ¿con cuántas mujeres ha estado usted casado o en unión libre en toda su vida?	NÚMERO DE MUJERES ..... [ ] [ ] [ ]	
414	VERIFIQUE 411:  CASADO / UNIDO SOLAMENTE UNA VEZ: [ ] CASADO / UNIDO MÁS DE UNA VEZ: [ ]  ¿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	416
415	¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando empezó a vivir con ella?	EDAD ..... [ ] [ ] [ ]	
416	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	448
416A	VERIFIQUE EDAD EN 106: 15-24 AÑOS [ ] 25-64 AÑOS [ ]		417
416B	La primera vez que tuvo relaciones sexuales: ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	
417	¿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 [ ] [ ] [ ] SEMANAS..... 2 [ ] [ ] [ ] MESES..... 3 [ ] [ ] [ ] AÑOS..... 4 [ ] [ ] [ ]	445
418	La última vez que tuvo relaciones sexuales: ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	420



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG
419	¿Cuál fue la razón principal por la cual usted usó condón esa vez?	PARA PROTEGERSE DEL 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/PIENSA QUE ELLA TIENE OTRAS PAREJAS ..... 05 SU PAREJA SE LO PIDIÓ/ INSISTIÓ ..... 06 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	
420	VERIFIQUE SI ESTERILIZADO O NO EN 302 (02): NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		424
421	VERIFIQUE 419 SI USO CONDON PARA PREVENIR EMBARAZO: USO 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	423 424
422	¿Qué método usaron para evitar un embarazo SI USO MAS DE UN METODO, ANOTE EL QUE ESTE MAS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA ..... 02 PÍLDORAS/PASTILLAS..... 03 DIU..... 04 INYECCIONES..... 05 IMPLANTE O NORPLANT..... 06 CONDÓN..... 07 TABLETA / ÓVULO / ESPUMA / JALEA..... 08 MELA (LACTANCIA Y AMENORREA)..... 09 RITMO..... 10 MÉTODO DÍAS FIJOS (COLLAR) ..... 11 RETIRO..... 12 OTRO MÉTODO _____ 13 (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... 98	424
423	VERIFIQUE EN 419 SI CONDON FUE UTILIZADO PARA PREVENIR EMBARAZO: OTRAS RESPUESTAS/ NO CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/>	CONDÓN UTILIZADO PARA PREVENIR EMBARAZO (CÓDIGOS 03/04) <input type="checkbox"/>	424
423A	¿Cuál fue la razón principal por la cual no usar ningún método para evitar un embarazo	NO ES MI RESPONSABILIDAD ..... 11 PAREJA SEXUAL CASUAL ..... 12 <b>RAZONES DE FECUNDIDAD</b> EN MENOPAUSIA/HISTERECTOMIZADA ..... 23 PAREJA SUBFERTIL/INFERTIL ..... 24 PAREJA EMBARAZADA ..... 25 PERIODO POSTPARTO/AMENORREICA..... 26 PAREJA AMAMANTANDO ..... 27 QUIERE TENER (MAS) HIJOS ..... 28 <b>OPOSICION AL USO</b> OPOSICIÓN DE EL ENTREVISTADO ..... 31 OPOSICIÓN DE LA PAREJA ..... 32 OPOSICIÓN DE OTROS ..... 33 RELIGIÓN LO PROHIBE ..... 34 <b>FALTA DE CONOCIMIENTO</b> NO CONOCE MÉTODOS ..... 41 NO SABE DÓNDE CONSEGUIRLO ..... 42 <b>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</b> 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 PREG.
424	¿Con quién tuvo su última relación sexual?  SI LA PERSONA ES 'NOVIA/PROMETIDA', PREGUNTE:  ¿Vivía ella con usted cuando tuvo su última relación sexual? SI LA RESPUESTA ES 'SI', CIRCULE '01' SI LA RESPUESTA ES 'NO', CIRCULE '03'	ESPOSA/COMPAÑERA ..... 01 EX-ESPOSA/EXCOMPAÑERA ..... 02 NOVIA/PROMETIDA..... 03 AMIGA..... 04 CONOCIDA CASUAL..... 05 PARIENTE..... 06 TRABAJADORA SEXUAL..... 07 OTRO: ..... 96 (ESPECIFIQUE)	426
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 [ ][ ] SEMANAS..... 2 [ ][ ] MESES.....3 [ ][ ] AÑOS.....4 [ ][ ]	
426	Durante los últimos 12 meses ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra persona diferente?	SI..... 1 NO..... 2	445
444	En total ¿Con cuántas personas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante los últimos 12 meses?	NÚMERO DE PAREJAS ..... [ ][ ]	
445	¿Ha pagado usted alguna vez para tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	448
446	¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que pagó por tener relaciones sexuales?	DÍAS.....1 [ ][ ] SEMANAS..... 2 [ ][ ] MESES.....3 [ ][ ] AÑOS.....4 [ ][ ]	
447	La última vez que pagó por tener relaciones sexuales ¿usaron condón?	SI..... 1 NO..... 2	
448	¿Sabe de algún lugar dónde se puede conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	451
449	¿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  _____	<b>SECTOR PÚBLICO</b> HOSPITAL PÚBLICO..... A HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... B CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... C POLICLINICO/ POLICONSULTORIO/ CONSUL. DE LAS CAJAS DE SEGURO..... D OTRO PÚBLICO..... E (ESPECIFIQUE)  <b>SECTOR PRIVADO</b> HOSPITAL DE ONG O IGLESIA..... F CLÍNICA PRIVADA..... G CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG O IGLESIA..... H CONSULTORIO MÉDICO/ MÉDICO PARTICULAR..... I OTRO PRIVADO..... J (ESPECIFIQUE)  <b>OTRO</b> PROMOTOR/RPS/OTRO AGENTE COMUNITARIO DE SALUD ..... K MEDICINA TRADICIONAL(CURANDERO/ NATURISTA/JAMPURI/QOLLIRI)..... L FARMACIA..... M AMIGO/FAMILIAR..... N NO LO LLEVARON/NO FUE..... Q  OTRO LUGAR..... X (ESPECIFIQUE)  NO SABE ..... Z	
450	Si usted quisiera ¿podría conseguir un condón	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURO ..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A PREG																												
451	VERIQUE EL USO DE CONDONES EN 302(07), 416B, 418 Y 447: POR LO MENOS UN 'SI' <input type="checkbox"/>	OTRAS RESPUESTAS <input type="checkbox"/>	501																												
452	¿Cuántos años tenía usted cuando usó un condón por primera vez?	EDAD AL PRIMER USO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA ..... 98																													
453	¿Por qué usó condón esa primera vez?  INDAGUE:  ¿Alguna otra razón?	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)																													
454	¿Ha tenido problemas con el uso del condón?	DIFICULTAD PARA DESHACERSE DE ÉL ..... A DIFICULTAD PARA PONÉRSELO/ QUITÁRSELO..... B DISMINUYE EL PLACER ..... C COMPANERA/ESPOSA CUESTIONA/ NO GUSTA ..... D COMPANERA/ESPOSA QUEDÓ EMBARAZADA ..... E INCONVENIENTE PARA USAR ..... F SE ROMPIÓ ..... G OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NINGÚN PROBLEMA ..... Z																													
456	Dígame con cuáles de las siguientes afirmaciones usted está de acuerdo o en desacuerdo A ¿El condón disminuye el placer sexual del hombre? B ¿El condón es muy complicado de usar? C ¿El condón puede usarse varias veces? D ¿El condón protege contra las enfermedades? E ¿Comprar condones es vergonzoso? F ¿Una mujer tiene derecho a pedirle a un hombre que use condón?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DE ACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El condón disminuye.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>El condón es muy complicado...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Puede usarse varias veces .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Protege contra enfermedades.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Vergonzoso comprar .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>La mujer tiene derecho .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SABE	El condón disminuye.....	1	2	8	El condón es muy complicado...	1	2	8	Puede usarse varias veces .....	1	2	8	Protege contra enfermedades.....	1	2	8	Vergonzoso comprar .....	1	2	8	La mujer tiene derecho .....	1	2	8	
	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SABE																												
El condón disminuye.....	1	2	8																												
El condón es muy complicado...	1	2	8																												
Puede usarse varias veces .....	1	2	8																												
Protege contra enfermedades.....	1	2	8																												
Vergonzoso comprar .....	1	2	8																												
La mujer tiene derecho .....	1	2	8																												

SECCIÓN 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	<p>VERIFIQUE SI TIENE O NO PAREJA EN 401 Y 406:</p> <p>CASADO O UNIDO: 401= 1 Ó 2 CON PAREJA 406= 1, 2, Ó 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>OTROS CÓDIGOS <input type="checkbox"/> → 505</p>	
502	<p>¿Está su mujer/pareja actualmente embarazada</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 INSEGURO..... 3 NO SABE..... 8</p>	
503	<p>MARQUE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE Y PREGUNTE</p> <p>ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) NO EMBARAZADA/INSEGURA <input type="checkbox"/></p> <p>ESPOSA/COMPAÑERA (PAREJA PRINCIPAL) EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p> <p>Ahora tengo algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener un (otro) hijo o preferiría no tener ningún (más) hijo(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 otro hijo o preferiría no tener más hijos?</p>	<p>TENER UN (OTRO) HIJO ..... 1</p> <p>NO MÁS / NINGUNO ..... 2 → 505</p> <p>MUJER(ES) NO PUEDE(N) QUEDAR EMBARAZADA(S) ..... 3 → 505</p> <p>ÉL NO PUEDE TENER MÁS HIJOS ..... 4 → 505</p> <p>INDECISO(S) / NO SABE ..... 8 → 505</p>	
504	<p>¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora hasta nacimiento de un (otro) hijo?</p>	<p>MESES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS ..... 2 <input type="text"/> <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 HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>Si usted pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p>Si usted pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> <p><b>INDAGUE HASTA CONSEGUIR UNA RESPUESTA NUMERICA</b></p>	<p>NINGUNO ..... 00 → 507</p> <p>NÚMERO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA RESPUESTA ..... 96 → 507 (ESPECIFIQUE)</p>	
506	<p>¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran varones y cuántas mujeres, y para cuántos no le importaría el sexo?</p>	<p>HOMBRE MUJER CUALQUIER SEXO</p> <p>NÚMERO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>OTRA ..... 96 (ESPECIFIQUE)</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
507	¿Usted diría que está de acuerdo o en desacuerdo con que las parejas usen métodos anticonceptivos para evitar embarazos?	DE ACUERDO ..... 1 DESACUERDO ..... 2 NO SABE/INSEGURO ..... 8	
508	Durante los últimos meses A ¿usted ha escuchado en la radio algo sobre planificación familiar? B ¿usted ha visto en la televisión algo sobre planificación familiar? C ¿usted ha leído en periódicos o revistas algo sobre planificación familiar?	SI NO RADIO ..... 1 2 TELEVISIÓN ..... 1 2 PERIÓDICOS / REVISTAS ..... 1 2	
510	¿En los últimos meses, ha hablado sobre planificación familiar con amigos, vecinos o parientes?	SI..... 1 NO..... 2 → 512	
511	¿Con quién ha hablado'  INDAGUE ¿Alguien más?  CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	ESPOSA / PAREJA ..... A MADRE ..... B PADRE ..... C HERMANA(S) ..... D HERMANO(S) ..... E HIJA ..... F HIJO ..... G SUEGRA ..... H SUEGRO ..... I AMIGOS / VECINOS ..... J OTROS ..... X (ESPECIFIQUE)	
512	¿En los últimos meses usted ha hablado con algún trabajador de la salud o profesional de la salud sobre planificación familiar?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 6. PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO DE LA SALUD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
601	VERIFIQUE 209: TIENE UNO O MÁS HIJOS <input type="checkbox"/>	NO TIENE HIJOS <input type="checkbox"/>	617
602	¿Cuál es el nombre y el sexo de su último hijo o hija _____ (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)	HOMBRE ..... 1 MUJER..... 2	
603	En qué mes y año nació (NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA)?	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 DEL NIÑO O NIÑA) cuando él/ella murió?  SI '1 AÑO', INDAGUE: ¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando murió?  ANOTE '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 ..... 998	
606	¿Cuál es el nombre de la madre de (NOMBRE DEL NIÑO)  ANOTE EL NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO Y EL NUMERO DE ORDEN COMO SE INDICA EN LA PREGUNTA 409. SI LA MADRE NO ES MIEMBRO DEL HOGAR ANOTE '00' EN EL NÚMERO DE ORDEN	NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO: _____  NÚMERO DE ORDEN ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	VERIFIQUE 603: (ÚLTIMO) HIJO NACIÓ EN ENERO DE 2003 O DESPUES <input type="checkbox"/>	(ÚLTIMO) HIJO NACIÓ ANTES DE ENERO 2003 <input type="checkbox"/>	617
608	VERIFIQUE 606: MADRE DEL (ÚLTIMO) HIJO NO VIVE EN EL HOGAR (CODIGO '00') <input type="checkbox"/>	MADRE DEL (ÚLTIMO) HIJO VIVE EN EL HOGAR <input type="checkbox"/>	613
609	¿Cuál es su relación con (NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A))/?	ACTUALMENTE CASADOS/UNIDOS ..... 01 ERAN CASADOS/UNIDOS (EX-ESPOSA/COMPAÑERA) ..... 02 ACTUALMENTE VIVEN JUNTOS ..... 03 VIVIAN JUNTOS ..... 04 PAREJA SEXUAL REGULAR ..... 05 ELLA ES MI NOVIA / PROMETIDA ..... 06 PAREJA SEXUAL OCASIONAL ..... 07 AMIGA / CONOCIDA ..... 08 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	
613	¿En algún momento mientras (NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO) estaba embarazada de (NOMBRE DEL NIÑO), habló usted con algún profesional de la salud sobre la salud de la madre o del embarazaz	SI ..... 1 NO ..... 2	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIGOS	PASE A PREG.
614	VEA 602 Y 604: NOMBRE Y SI ESTA VIVO. 604=1 NOMBRE _____ <input type="checkbox"/>	604=2,8 <input type="checkbox"/>	617
615	¿Vive (NOMBRE DEL NIÑO) con usted?	SI ..... 1 NO ..... 2	617
616	¿En su hogar, quién generalmente decide qué hacer : (NOMBRE DEL NIÑO) se enferma? INDAGUE: ¿Alguna más? ANOTE TODAS LAS MENCIONADAS	EL ENTREVISTADO ..... A LA MADRE DEL NIÑO ..... B PARIENTE FEMENINO ..... C PARIENTE MASCULINO ..... D OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NIÑO NUNCA SE ENFERMA ..... Y	
617	Algunas veces una mujer embarazada puede present: problemas que indicarían que puede haber un: complicación del embarazo que podría provocar u aborto, pérdida o muerte de la madre o el niñ ¿Me puede decir cuáles son algunos de estos: problemas? INDAGUE: ¿Algún otro problema? CIRCULE 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	
618	Cuando un niño o niña tiene diarrea ¿Se le debe dar menos cantidad de líquidos que de costumbre, la misma cantidad, o más líquido que de costumbre?	MENOS CANTIDAD..... 1 LA MISMA CANTIDAD..... 2 MÁS CANTIDAD .....3 NO SABE .....8	
619	¿Ha oído usted hablar de un producto especial llamad Sales de Rehidratación Oral o Suero de la Vid que se pueden usar para el tratamiento de la diarrea:	SI ..... 1 NO ..... 2	

SECCIÓN 7. SIDA Y ITS (INFECCION DE TRANSMISIÓN SEXUAL)

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																
701	Ahora me gustaría hablarle de algo más. ¿Ha oído usted hablar de una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	724																
702	¿Piensa usted que hay algo que una persona pueda hacer para evitar contagiarse del SIDA, o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	709																
703	¿Qué puede hacer una persona?  ¿Algo más?  ANOTE TODAS LAS FORMAS MENCIONADAS	NO TENER RELACIONES ..... 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 PERSONA QUE SE INYECTE DROGAS ..... H EVITANDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITANDO INYECCIONES ..... J NO BESARSE ..... K NO ABRAZAR PERSONAS CON SIDA ..... L EVITAR PICADURAS DE MOSQUITO ..... M NO COMPARTIENDO NAVAJAS/ CUCHILLAS DE AFEITAR/RASURAR ..... N TENER BUENA DIETA ..... O OTRO ..... W (ESPECIFIQUE) OTRO ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z																	
704	¿Pueden las personas evitar contagiarse del virus del SIDA teniendo una sola pareja sexual fiel, es decir, que no tengan otras parejas sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
705	Puede contraerse el SIDA por la picadura de mosquitos?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
706	¿Pueden las personas protegerse del virus del SIDA usando condones cada vez que tienen relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
707	Puede contraerse el SIDA compartiendo alimentos con una persona que tiene SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
708	¿Pueden las personas protegerse de virus del SIDA absteniéndose/dejando de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
709	¿Es posible que una persona que parece saludable pueda tener el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
710	¿Conoce usted a alguien que tenga SIDA o que haya muerto de SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
711	¿Puede ser transmitido el SIDA de la madre infectada al hijo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	712A 712A																
712	En qué momento puede ser transmitido el virus del SIDA de la madre al hijo:  A ¿durante el embarazo? B ¿durante el parto? C ¿mientras está lactando o amamantando?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DURANTE EL EMBARAZO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE EL PARTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DURANTE LA LACTANCIA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO SABE	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NO SABE																
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																



PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
712A	¿Hay medicamentos que una persona infectada con el virus del SIDA puede tomar para evitar el avance del Sida?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	
713	VERIFIQUE EN 401 SI ACTUALMENTE CASADO O UNIDO:  ACTUALMENTE CASADO O UNIDO <input type="checkbox"/> NO CASADO NI UNIDO <input type="checkbox"/> → 715		
714	¿Alguna vez, ha hablado usted con su esposa (compañera) sobre las formas de evitar contagiarse de virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
715	En su opinión ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con que se de información sobre SIDA en:	DE ACUERDO EN DESACUERDO	
A	¿La radio?	EN LA RADIO..... 1 2	
B	¿La televisión?	EN LA TV..... 1 2	
C	¿El periódico?	EN PERIODICO..... 1 2	
715A	¿Compraría usted vegetales/verduras de alguien que estuviese infectado con el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
716	Si un pariente suyo quedara infectado con el virus que causa el SIDA, ¿Esta información debería saberla toda la comunidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
717	Si un pariente suyo se enferma con el virus que causa el SIDA, ¿Estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propia casa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
718	Una persona que tenga el virus del SIDA y que trabaje con otras personas, por ejemplo en una tienda, una oficina o en el campo ¿Se le puede permitir seguir trabajando o no?	PUEDE SEGUIR ..... 1 NO DEBE SEGUIR ..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
718A	¿Si un(a) profesor(a) tuviese el virus del SIDA, se le puede permitir seguir enseñando en la escuela?	PUEDE SEGUIR ENSEÑANDO EN LA ESCUELA..... 1 NO DEBE SEGUIR ENSEÑANDO EN LA ESCUELA 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
719	¿Se le debe hablar a los niños entre 12-14 años de edad sobre el uso del condón para protegerse del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO/DEPENDE..... 8	
720	No quiero conocer los resultados, pero ¿alguna vez le han hecho la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 721	
720A	¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba?	MENOS DE 12 MESES ..... 1 12-23 MESES ..... 2 2 AÑOS O MÁS ..... 3	
720B	La última vez que se hizo la prueba, ¿usted la solicitó, le fue ofrecida y aceptó, o lo obligaron a hacérsela?	PIDIÓ LA PRUEBA ..... 1 SE LA OFRECIERON Y ACEPTÓ ..... 2 FUE OBLIGADO ..... 3	
720C	No quiero conocer los resultados, pero ¿le dieron los resultados de la prueba?	SI..... 1 → 723A NO..... 2 → 723A	
721	¿Le gustaría que le hicieran la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURO ..... 8	
722	¿Sabe de algún lugar donde pueda ir a hacerse la prueba del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 → 724	
723	¿Cuál es ese lugar?	HOSPITAL PÚBLICO..... 11 HOSP DE LA SEGURIDAD SOCIAL..... 12 HOSP ONG O IGLESIA..... 13 CLÍNICA PRIVADA..... 14 CENTRO O POSTA DE SALUD PÚBLICO..... 15	
723A	¿A qué lugar fue usted a hacerse la prueba del SIDA?	CENTRO O PUESTO DE SALUD DE ONG / IGLESIA POLICLÍNICO/POLICONSULT./CONSULTORIO.... 16 CAJAS DE SEGURO..... 17 DISPENSARIO PÚBLICO ..... 18 LABORATORIO PRIVADO ..... 19 FUNDACION / PATRONATO ..... 20 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE)	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
724	(Aparte del SIDA) ¿Usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través de las relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2	726A
725	<p>¿Cuáles síntomas lo llevarían a usted a pensar que <b>un hombre</b> tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)?</p> <p><b>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</b></p> <p>DOLOR ABDOMINAL ..... A SANGRE EN LA ORINA..... J          SECRECIÓN /GOTEOS EN GENITALES..... B PÉRDIDA DE PESO..... K          SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C IMPOTENCIA..... L          MOLESTIAS AL ORINAR ..... D OTRO: ..... W          (ESPECIFIQUE)          ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E OTRO: ..... X          (ESPECIFIQUE)          ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA ..... F NO HAY SÍNTOMAS ..... Y          ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES ..... G NO SABE..... Z          VERRUGAS ( AMPOLLAS) GENITALES ..... H          DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I</p> <p><b>INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?</b></p>		
726	<p>¿Cuáles síntomas lo llevarían a usted a pensar que <b>una mujer</b> tiene una infección de transmisión sexual (venéreas)?</p> <p><b>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</b></p> <p>DOLOR ABDOMINAL ..... A SANGRE EN LA ORINA..... J          SECRECIÓN GENITAL ..... B PÉRDIDA DE PESO..... K          SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... L          MOLESTIAS AL ORINAR ..... D OTRO: ..... W          (ESPECIFIQUE)          ARDOR/PICAZÓN/ENROJECIMIENTO DEL ÁREA GENITAL..... E OTRO: ..... X          (ESPECIFIQUE)          ÁREA GENITAL INFLAMADA/HINCHADA ..... F NO HAY SÍNTOMAS ..... Y          ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES ..... G NO SABE..... Z          VERRUGAS (AMPOLLAS) GENITALES ..... H          DOLOR O ARDOR EN RELACIONES SEXUALES..... I</p> <p><b>INDAGUE: ¿Algún otro síntoma?</b></p>		
727	<p>VERIFIQUE 416 SI TUVO RELACIONES SEXUALES:</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES <input type="checkbox"/></p>		737
727A	<p>VERIFIQUE EN 724 SI HA OÍDO HABLAR DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL:</p> <p>HA OÍDO DE ITS <input type="checkbox"/> NO HA OÍDO <input type="checkbox"/></p>		729
728	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses. ¿Ha tenido (padecido) usted alguna infección de transmisión sexual durante los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
729	Algunas veces los hombres tienen secreciones o goteo por su pene. Durante los últimos 12 meses ¿Usted ha tenido alguna secreción o goteo por su pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	
730	Algunas veces los hombres presentan llagas o úlceras en su pene o en las áreas cercanas. Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha tenido alguna llaga o úlcera en su pene o área cercana?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
731	VERIFIQUE 728, 729, 730: HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN <input type="checkbox"/>	NO HA TENIDO INFECCIÓN <input type="checkbox"/>	737															
732	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 728/729/730). ¿Buscó usted consejo o tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2	734															
733	La última vez que usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 728/729/730) Hizo usted algo de lo siguiente:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Buscó usted consejo de un trabajador de la salud en una clínica u hospital?</td> <td>TRABAJADOR DE LA SALUD..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional?</td> <td>CURANDERO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda?</td> <td>FARMACIA / TIENDA..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D ¿Pidió usted consejo a algún amigo/pariente?</td> <td>AMIGO / PARIENTE ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Buscó usted consejo de un trabajador de la salud en una clínica u hospital?	TRABAJADOR DE LA SALUD..... 1	2	B ¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional?	CURANDERO..... 1	2	C ¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda?	FARMACIA / TIENDA..... 1	2	D ¿Pidió usted consejo a algún amigo/pariente?	AMIGO / PARIENTE ..... 1	2	
	SI	NO																
A ¿Buscó usted consejo de un trabajador de la salud en una clínica u hospital?	TRABAJADOR DE LA SALUD..... 1	2																
B ¿Buscó usted consejo o medicina de un curandero tradicional?	CURANDERO..... 1	2																
C ¿Buscó usted consejo o compró medicinas en una farmacia o tienda?	FARMACIA / TIENDA..... 1	2																
D ¿Pidió usted consejo a algún amigo/pariente?	AMIGO / PARIENTE ..... 1	2																
734	Cuando usted tuvo (INFECCION DE LA 728/729/730), ¿Informó usted a la(s) persona(s) con quién había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 ALGUNOS / NO A TODOS..... 3 NO TIENE/TENÍA PAREJA..... 4	737															
735	Cuando usted tuvo (INFECCIÓN DE LA 728/729/730), ¿Usted hizo algo para evitar contagiar a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 COMPAÑERA INFECTADA ..... 3	737															
736	Hizo usted algo de lo siguiente para evitar contagiar a su pareja:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A ¿Dejó de tener relaciones sexuales?</td> <td>NO RELACIONES SEXUALES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B ¿Usó condones al tener relaciones sexuales?</td> <td>USÓ CONDONES ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C ¿Tomó medicamentos?</td> <td>TOMÓ MEDICAMENTO ..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	A ¿Dejó de tener relaciones sexuales?	NO 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?	NO RELACIONES SEXUALES..... 1	2																
B ¿Usó condones al tener relaciones sexuales?	USÓ CONDONES ..... 1	2																
C ¿Tomó medicamentos?	TOMÓ MEDICAMENTO ..... 1	2																
736A	Si usted tuviera una enfermedad venérea, ¿considera que tendría un mayor riesgo de infectarse con el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..... 8																
737	¿Cree que los riesgos de usted para contraer el SIDA son pequeños, moderados, grandes o que no tiene riesgos?	NO HAY RIESGO ..... 1 RIESGO PEQUEÑO..... 2 RIESGO MODERADO..... 3 RIESGO GRANDE..... 4 NO SABE..... 8	739 800															
738	¿Por qué cree que (no tiene riesgo/tiene riesgo pequeño) de contraer el SIDA?	SE ABSTIENE DE RELACIONES..... 01 USA CONDONES CUENDO TIENE RELACIONES. 02 ES MONÓGAMO (SOLO UNA PAREJA)..... 03 PAREJA NO TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... 04 NO HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE... 05 NO LE HAN APLICADO INYECCIONES..... 06 OTRO ..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	800															
739	¿Por qué cree que los riesgos de que usted contraiga el SIDA son (moderados/altos)?  INDAGUE: ¿Alguna otra razón?  CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS MENCIONADAS	NO USA CONDONES ..... A EL TIENE VARIAS PAREJAS ..... B ESPOSA TIENE RELACIONES CON HOMOSEXUALES..... C HA TENIDO TRANSFUSIONES DE SANGRE..... D LE HAN APLICADO INYECCIONES..... E ESPOSA/COMPAÑERA TIENE VARIAS PAREJAS.. F OTRO ..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE ..... Z																

SECCIÓN 8. VIOLENCIA AL HOMBRE

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A															
800	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTRAS PERSONAS. SE RECOMIENDA PRIVACIDAD</p> <p>PRESENCIA DE OTROS:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>MENORES DE 10 AÑOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ESPOSA/COMPAÑERA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTROS HOMBRES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRAS MUJERES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/></p>		SI	NO	MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2	ESPOSA/COMPAÑERA.....	1	2	OTROS HOMBRES.....	1	2	OTRAS MUJERES.....	1	2		
	SI	NO																
MENORES DE 10 AÑOS.....	1	2																
ESPOSA/COMPAÑERA.....	1	2																
OTROS HOMBRES.....	1	2																
OTRAS MUJERES.....	1	2																
801	<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>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposa o conviviente, su novia o enamorada</p> <p>ULTIMA ESPOSA/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>ULTIMA NOVIA O ENAMORADA <input type="checkbox"/></p> <p>NUNCA EN PAREJA <input type="checkbox"/></p>		828															
803	<p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de la relación con su última pareja, su esposa o conviviente, su novia o enamorada</p> <p>Por favor dígame si estas situaciones se presentaron en la relación con su (PAREJA) <b>en los últimos 12 meses</b>, <b>muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.</b></p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A MUY A MUY</td> <td>ALGUNAS</td> <td>UNA</td> <td>NUNCA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>VECES</td> <td>VEZ</td> <td></td> </tr> </table> <p>A ¿Su (PAREJA) le acusa(ba) de serle infiel? LO ACUSA DE SER INFIEL ..... 1 2 3 4</p> <p>B ¿Su (PAREJA) lo ceta con alguna amiga que tiene o tuvo con el objeto de hacerlo sentir mal? LO CELA ..... 1 2 3 4</p> <p>C ¿Su (PAREJA) trata (trataba) de limitar sus contactos con su familia con el objeto de hacerlo sentir mal? LIMITA CONTACTOS CON FAMILIA ..... 1 2 3 4</p> <p>D ¿Su (PAREJA) lo humilla o insulta expresándose en términos como por ejemplo "no sirves para nada", "nunca haces nada", "eres un bruto", "mi papá me hacía mejor las cosas"? HUMILLACIONES E INSULTOS ..... 1 2 3 4</p> <p>E ¿Su (PAREJA) lo amenaza con abandonarlo? AMENAZA CON ABANDONARLO ..... 1 2 3 4</p> <p>F ¿Su (PAREJA) lo amenaza con quitarle a sus hijos? QUITARLE LOS HIJOS ..... 1 2 3 4</p> <p>G ¿Su (PAREJA) al enojarse rompe objetos en el hogar como forma de amenaza? ROMPE OBJETOS ..... 1 2 3 4</p>		SI	SI	SI	NO		A MUY A MUY	ALGUNAS	UNA	NUNCA			VECES	VEZ		
	SI	SI	SI	NO														
	A MUY A MUY	ALGUNAS	UNA	NUNCA														
		VECES	VEZ															
803A	<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>	805															
804	<p>¿Estas situaciones se han presentado a <b>solas o en presencia de otras personas?</b></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(AS)..... D</p> <p>OTRAS PERSONAS..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																
804A	<p>Como resultado de éstas situaciones con su (PAREJA):</p> <p>A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?</p> <p>B ¿Tuvo ansiedad y depresión con frecuencia?</p> <p>C ¿Dejó de trabajar?</p> <p>D ¿Dejó de estudiar?</p> <p>E ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>MIEDO A REACCIÓN..... 1 2 8</p> <p>ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ..... 1 2 8</p> <p>DEJÓ DE TRABAJAR ..... 1 2 8</p> <p>DEJÓ DE ESTUDIAR ..... 1 2 8</p> <p>OTRAS IMPORTANTES ..... 1 2 8</p>		SI	NO	NR												
	SI	NO	NR															
805	<p>Por favor dígame si <b>en los últimos 12 meses</b>, se presentaron las siguientes situaciones en la relación con su (PAREJA), <b>muy a menudo, algunas veces, una vez o nunca.</b></p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>A MUY A MUY</td> <td>ALGUNAS</td> <td>UNA</td> <td>NUNCA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>VECES</td> <td>VEZ</td> <td></td> </tr> </table> <p>A ¿Lo ha empujado o jaloneado? EMPUJADO/ JALONEADO..... 1 2 3 4</p> <p>B ¿Lo ha golpeado con la mano o con el pie? GOLPEADO CON MANO/ PIE ..... 1 2 3 4</p> <p>C ¿Lo ha golpeado con un objeto? GOLPEADO CON OBJETO ..... 1 2 3 4</p> <p>D ¿Lo ha tratado de estrangular o quemar? TRATADO DE ESTRANGULAR/ QUEMAR... 1 2 3 4</p> <p>E ¿Lo ha forzado a tener relaciones sexuales que usted no quería? FORZADO A TENER RELACIONES..... 1 2 3 4</p>		SI	SI	SI	NO		A MUY A MUY	ALGUNAS	UNA	NUNCA			VECES	VEZ		
	SI	SI	SI	NO														
	A MUY A MUY	ALGUNAS	UNA	NUNCA														
		VECES	VEZ															
806	<p>VERIFIQUE 805</p> <p>AL MENOS UN CODIGO 1 ó 2 ó 3 <input type="checkbox"/></p>	<p>TODOS CODIGO 4 <input type="checkbox"/></p>	811															
806A	<p>¿Estas situaciones se han presentado a <b>solas o en presencia de otras personas?</b></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(AS)..... D</p> <p>OTRAS PERSONAS..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>																
807	<p>Como resultado de estas agresiones de su (PAREJA):</p> <p>A ¿Sintió miedo constante a la reacción de su pareja?</p> <p>B ¿Tuvo ansiedad y depresión con frecuencia?</p> <p>C ¿Tuvo moretones, marcas y dolores en el cuerpo, heridas c algún hueso quebrado?</p> <p>D ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?</p> <p>E ¿Dejó de trabajar?</p> <p>F ¿Dejó de estudiar?</p> <p>G ¿Dejó de realizar otras actividades importantes para usted?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>MIEDO A REACCIÓN..... 1 2 8</p> <p>ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ..... 1 2 8</p> <p>MORETONES HERIDAS HUESO QUEBRADO..... 1 2 8</p> <p>PÉRDIDA DE ÓRGANO O FUNCIÓN..... 1 2 8</p> <p>DEJÓ DE TRABAJAR ..... 1 2 8</p> <p>DEJÓ DE ESTUDIAR ..... 1 2 8</p> <p>OTRAS IMPORTANTES ..... 1 2 8</p>		SI	NO	NR												
	SI	NO	NR															

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
808	VERIFIQUE 807: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/>	818
808A	Quando usted fue agredido por su (PAREJA), ¿se defendió golpeándola o agredidiéndola físicamente?  SI ES "SI", PREGUNTE: ¿Muy a menudo, algunas veces, una vez? SI ES "NO", MARQUE NUNCA	MUY A MENUDO ..... 1 ALGUNAS VECES ..... 2 UNA VEZ ..... 3 NUNCA ..... 4	
809	Quando fué agredido por su (PAREJA), ella  ¿Había consumido alcohol? ¿Había consumido droga?	SI NO NS ALCOHOL ..... 1 2 8 DROGA ..... 1 2 8	
810	¿Cómo resultado de lo que su (PAREJA) le hizo fué usted al médico o a un establecimiento de salud?	SI ..... 1 NO ..... 2	812
811	Quando fue usted al médico o al Establecimiento de Salud ¿usted recibió información sobre las formas para buscar protección y para denunciar ese hecho?	SI ..... 1 NO ..... 2	
812	Quando fue maltratado por su (PAREJA), ¿pidió ayuda a personas cercanas a usted?	SI ..... 1 NO ..... 2	814
813	¿A quiénes?  INDAGUE: ¿Alguien más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MADRE ..... A PADRE ..... B MADRASTRA ..... C PADRASTRO ..... D HERMANA ..... E HERMANO ..... F HIJA ..... G HIJO ..... H VECINOS/AMIGOS ..... I OTRAS PERSONAS ..... X (ESPECIFIQUE)	
814	Quando lo maltrataron, ¿Ud. acudió a alguna institución para denunciar la agresión?  SI la respuesta es "SI", ¿a cuál institución ha acudido?  INDAGUE: ¿Alguna más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CENTRO DE SALUD ..... A BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA ..... B SLIMs ..... C PTJ ..... D FISCALIA ..... E JUZGADO ..... F SEDEGES ..... G ONG ..... H AUTORIDADES COMUNITARIAS U ORIGINARIA: ..... I DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA ..... J OTRA ..... X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIÓ ..... L	817
815	¿Qué tipo de apoyo recibió?  INDAGUE: ¿Alguna más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MÉDICO ..... A PSICOLÓGICO ..... B LEGAL ..... C OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
816	La agresora, ¿recibió terapia psicológica o sanción como, cárcel, arresto, multa o trabajo comunitario ?  INDAGUE: ¿Alguna otra sanción o terapia?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MULTAS ..... A ARRESTO ..... B TRABAJO COMUNITARIO ..... C TERAPIA PSICOLÓGICA ..... D NINGUNA ..... E RETIRÓ LA DENUNCIA ..... F NO SABE ..... G OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	818
817	¿Por qué no denunció a la persona que le hizo daño?  INDAGUE: ¿Alguna otra razón?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	NO SE DONDE IR ..... A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN ..... B ES NORMAL ..... C ME LO MEREÍA ..... D MIEDO A LA SEPARACIÓN ..... E MIEDO A QUEDARSE SOLO ..... F MIEDO A REPRESALIAS ..... G MIEDO A QUE SU HOGAR NO TENGA SUSTENTO ECONÓMICO ..... H PIENSO QUE NO VA VOLVER A OCURRIR ..... I NO CREO EN LA JUSTICIA ..... J PIENSO QUE ME COBRARÁN ..... K RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE ..... L POR NO AFECTAR A LOS HIJOS ..... M OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
818	Por favor dígame si en los últimos 12 meses, alguna persona diferente a su (PAREJA) ¿Lo golpeó, abofeteó pateó o le hizo algún daño físico ?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO RESPONDE ..... 8	821

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
819	¿Quién lo agredió?  INDAGUE: ¿Algún más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	PATRON /JEFE ..... A PROFESOR/A ..... B CATEDRÁTICO/A ..... C PADRE/ MADRE ..... D PADRASTRO/ MADRASTRA ..... E HERMANO/A ..... F PRIMO/A ..... G EXPAREJA ..... H SUEGRO/A ..... I TIO/A ..... J CUÑADO/A ..... K AMIGO/A ..... L DESCONOCIDO/A ..... M OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
820	¿Dónde lo agredieron?  INDAGUE: ¿Algún otro lugar?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	EN LA CALLE ..... A EN SU TRABAJO ..... B EN LA ESCUELA/ COLEGIO ..... C EN LA UNIVERSIDAD ..... D EN SU CASA ..... E EN CASA DE PARIENTES ..... F EN UNA FIESTA ..... G OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE)	
821	Alguna vez ha sido forzado por alguna persona diferente a su (PAREJA) a tener relaciones sexuales?	SI ..... 1 NO ..... 2	828
822	¿Quién lo forzó a tener relaciones sexuales?  INDAGUE: ¿Alguien más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	PATRON /JEFE ..... A PROFESOR ..... B CATEDRÁTICO ..... C PADRE ..... D PADRASTRO ..... E HERMANO ..... F PRIMO ..... G EXPAREJA ..... H SUEGRO ..... I TIO ..... J CUÑADO ..... K AMIGO ..... L DESCONOCIDO ..... M OTRO ..... X (ESPECIFIQUE) NO QUIERE HABLAR DEL TEMA ..... Y	828
823	Donde lo forzaron a tener relaciones sexuales:  INDAGUE: ¿Algún otro lugar?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	EN SU TRABAJO ..... A EN LA ESCUELA/ COLEGIO ..... B EN LA UNIVERSIDAD ..... C EN SU CASA ..... D EN CASA DE PARIENTES ..... E EN UNA FIESTA ..... F OTRO LUGAR ..... X (ESPECIFIQUE)	
824	Cuando lo forzaron sexualmente, ¿Ud. acudió a alguna institución para denunciar la agresión?  SI ES "SI", PREGUNTE:  ¿A cuál institución ha acudido?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS  INDAGUE: ¿Alguna más?	CENTRO DE SALUD ..... A BRIGADA DE PROTECCIÓN A LA FAMILIA ..... B SLIMs ..... C PTJ ..... D FISCALIA ..... E JUZGADO ..... F SEDEGES ..... G ONG ..... H AUTORIDADES COMUNITARIAS U ORIGINARIAS... I DEFENSORIA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA ..... J OTRA ..... X (ESPECIFIQUE) NO DENUNCIO ..... Y	827
825	¿Qué tipo de apoyo recibió?  INDAGUE: ¿Alguna más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	MÉDICO ..... A PSICOLÓGICO ..... B LEGAL ..... C OTRO ..... X (ESPECIFIQUE)	
826	El agresor (la agresora), ¿recibió terapia psicológica o sanción como cárcel, arresto, multa o trabajo comunitario ?  INDAGUE: ¿Alguna más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	CARCEL ..... A ARRESTO ..... B MULTA ..... C TRABAJO COMUNITARIO ..... D TERAPIA PSICOLÓGICA ..... E NINGUNA ..... Y NO SABE ..... X	828
827	¿Por qué no denunció ?  INDAGUE: ¿Alguna otra razón?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	NO SE DONDE IR ..... A VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN ..... B MIEDO A REPRESALIAS ..... C NO CREO EN LA JUSTICIA ..... D PIENSO QUE ME COBRARÁN ..... E RECIBÍ DINERO O PAGO EN ESPECIE ..... F NO QUIERO PROVOCAR PROBLEMAS EN EL HOGAR. G OTRA ..... X (ESPECIFIQUE)	
828	¿Golpeaba su padre a su madre?	SI ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
829	VERIFIQUE 209 AL MENOS UN HIJO <input type="checkbox"/>	NINGÚN HIJO <input type="checkbox"/>	834
830	¿Quién cuida a sus hijos(as) la mayor parte del tiempo?  INDAGUE: ¿Alguien más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	PADRE ..... A MADRE ..... B PADRASTRO ..... C MADRASTRA ..... D ABUELO ..... E ABUELA ..... F HERMANA MAYOR ..... G TRABAJADORA DEL HOGAR ..... H OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NINGÚN HIJO VIVO ..... Y	
831	¿Quién castiga a sus hijos(as) en el hogar?  INDAGUE: ¿Alguien más?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	PADRE ..... A MADRE ..... B PADRASTRO ..... C MADRASTRA ..... D ABUELO ..... E ABUELA ..... F HERMANA ..... G HERMANO ..... H OTRO: ..... X (ESPECIFIQUE) NINGÚN HIJO VIVO ..... Y NADIE/NO LOS CASTIGAN ..... Z	834 834
831A	VERIFIQUE 831  PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> SI 831 ≠ A, B <input type="checkbox"/>		
832	<b>HIJOS VARONES</b> A. En qué forma castiga Ud. a sus hijos varones? B. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos varones? C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones?	JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS ..... A ..... A ..... A GOLPES EN EL CUERPO ..... B ..... B ..... B GRITOS ..... C ..... C ..... C INSULTOS ..... D ..... D ..... D PRIVÁNDOLOS DE ALIMENTACIÓN ..... E ..... E ..... E DEJÁNDOLOS ENCERRADOS ..... F ..... F ..... F PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO ..... G ..... G ..... G DEJÁNDOLOS FUERA DE CASA ..... H ..... H ..... H ECHÁNDOLES AGUA ..... I ..... I ..... I QUITÁNDOLES LA ROPA ..... J ..... J ..... J IGNORÁNDOLOS MÁS DE UN DÍA ..... K ..... K ..... K QUITÁNDOLES RECREOS Y MESADAS ..... L ..... L ..... L PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA ..... M ..... M ..... M OTRA: ..... X ..... X ..... X (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)	
833	<b>HIJAS MUJERES</b> A. En qué forma castiga Ud. a sus hijos varones? B. En qué forma castiga su esposa/compañera a sus hijos varones? C. En qué forma castiga esa persona a sus hijos varones?	JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS ..... A ..... A ..... A GOLPES EN EL CUERPO ..... B ..... B ..... B GRITOS ..... C ..... C ..... C INSULTOS ..... D ..... D ..... D PRIVÁNDOLAS DE ALIMENTACIÓN ..... E ..... E ..... E DEJÁNDOLAS ENCERRADOS ..... F ..... F ..... F PONIÉNDOLES MÁS TRABAJO ..... G ..... G ..... G DEJÁNDOLAS FUERA DE CASA ..... H ..... H ..... H ECHÁNDOLES AGUA ..... I ..... I ..... I QUITÁNDOLES LA ROPA ..... J ..... J ..... J IGNORÁNDOLAS MÁS DE UN DÍA ..... K ..... K ..... K QUITÁNDOLES RECREOS Y MESADAS ..... L ..... L ..... L PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA ..... M ..... M ..... M OTRA: ..... X ..... X ..... X (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE) (ESPECIFIQUE)	
834	Generalmente, ¿en qué forma lo castigan o castigaban a Ud. sus padres o personas con las que creció?  INDAGUE: ¿De alguna otra forma?  CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODAS LAS MENCIONADAS	JALÓN DE OREJAS/ PALMADAS / SOPAPOS ..... A GOLPES EN EL CUERPO ..... 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 OTRA: ..... X (ESPECIFIQUE) NO LO CASTIGABAN ..... Y	
835	¿Cree Ud. que para educar a los hijos(as) es necesario alguno de los castigos mencionados? (VEA: 832 y/o 833). SI ES "SI", PREGUNTE: ¿Muy 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
836	En su opinión se justifica que el padre o la madre pegue a sus hijos(as):	SI NO NO SABE	
A	¿Cuándo son desobedientes?	DESOBEDIENTES ..... 1 2 8	
B	¿Cuándo hacen renegar?	HACEN RENEGAR ..... 1 2 8	
C	¿Cuándo llegan tarde a la casa?	LLEGAN TARDE A CASA..... 1 2 8	
D	¿Cuándo no cumplen con las tareas familiares?	NO CUMPLEN ..... 1 2 8	
E	¿Cuándo lloran mucho?	LLORA ..... 1 2 8	
837	El año pasado 2007 ha sufrido alguno de los siguientes eventos en la ciudad o en el campo:	CIUDAD PUEBLO/ CAMPO SI NO SI NO	
A	¿Accidente de tránsito ?	DE TRÁNSITO 1 2 1 2	
B	¿Accidente doméstico ?	DOMÉSTICO 1 2 1 2	
C	¿Accidente deportivo?	DEPORTIVO 1 2 1 2	
D	¿Accidente en el trabajo?	EN EL TRABAJO 1 2 1 2	
E	¿Accidente en desastre natural?	EN DESASTRE NATURAL 1 2 1 2	
F	¿Accidente en alguna convulsión social?	EN CONVULSIÓN SOCIAL 1 2 1 2	
838	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?	SI SI, MAS UNA VEZ DE UNA NO	
		MARIDO 1 2 3	
		OTRO HOMBRE ADULTO 1 2 3	
		MUJER ADULTA 1 2 3	
839	AGRADEZCA AL ENTREVISTADO POR SU COOPERACIÓN Y REITERE ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.		
840	HORA DE TERMINACIÓN:	HORA ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		MINUTOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	



