

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
E INFORMATICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA Y SALUD
FAMILIAR - 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - HOMBRES DE 15 A 59 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA			

IDENTIFICACION	
A. IDENTIFICACION GEOGRAFICA	B. IDENTIFICACION MUESTRAL
DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____ DISTRITO _____ CENTRO POBLADO.....	- AREA URBANA ZONA..... MANZANA N°..... - AREA RURAL A.E.R..... VIVIENDA N°..... VIV. SUPLEMENTARIA N°..... HOGAR N°..... DE

NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DEL HOMBRE EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR: _____	
---	--

VISITAS DEL ENTREVISTADOR				
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL
FECHA				FECHA: DIA..... MES..... AÑO.....
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				EQUIPO NUMERO..... ENTREVISTADOR.....
RESULTADO***				RESULTADO FINAL.....
PROXIMA VISITA:FECHA HORA				NUMERO TOTAL DE VISITAS.....
***CODIGOS DE RESULTADO: 1 COMPLETA 4 RECHAZADA 7 OTRA _____ 2 AUSENTE 5 RESPONDIDA PARCIALMENTE (ESPECIFIQUE) 3 APLAZADA 6 INCAPACITADA				
NOMBRE	SUPERVISOR EN EL CAMPO	CRITICADO EN EL CAMPO	CRITICO EN LA OFICINA	DIGITADOR(A)
FECHA				

SECCION 1. ANTECEDENTES DEL ENTREVISTADO

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																		
101	ANOTE LA HORA DE INICIACION	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																			
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años, ¿dónde vivió la mayor parte del tiempo: en una ciudad, en un pueblo o en el campo? SONDEE: SI ES CIUDAD, ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5																			
103	¿Cuánto tiempo vive usted continuamente en este lugar? (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SIEMPRE..... 95 → 105 VISITANTE..... 96 → 105																			
104	Antes de que Ud. se viniera a vivir aquí, ¿vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SONDEE: SI ES CIUDAD, ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5																			
105	¿En qué mes y año nació Ud.?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 98																			
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE Y CORRIJA 105 Y/O 106 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																			
107	¿Alguna vez asistió a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 → 111																			
108	Educación: - ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto que asistió? - ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? AÑO: - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA 6 O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE 6	<table style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">CIRCULE NIVEL</th> <th style="text-align: center;">ANOTE AÑO</th> </tr> <tr> <td>INICIAL/PRE-ESCOLAR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="text"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="text"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="text"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="text"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="text"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO																			
INICIAL/PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="text"/>																			
PRIMARIA.....	1	<input type="text"/>																			
SECUNDARIA.....	2	<input type="text"/>																			
SUPERIOR NO UNIVERSITARIO.....	3	<input type="text"/>																			
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="text"/>																			
110	VERIFIQUE 108: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> PRIMARIA O MENOS <input type="checkbox"/> </div> <div> SECUNDARIA O SUPERIOR <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 112																		
111	¿Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o no puede hacerlo?	FACILMENTE 1 CON DIFICULTAD 2 NO PUEDE HACERLO..... 3 → 113																			
112	¿Lee Ud. un periódico o revista por lo menos una vez a la semana?	SI 1 NO 2																			
113	¿Generalmente escucha usted radio todos los días?	SI 1 NO 2																			

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
114	¿Generalmente Ud. ve televisión por lo menos una vez por semana?	SI 1 NO 2	
114A	Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre su experiencia laboral. ¿Qué hizo Ud. la semana pasada?	TRABAJO..... 01 NO TRABAJO, PERO TENIA TRABAJO..... 02 BUSCO TRABAJO, PERO TRABAJABA ANTES..... 03 BUSCO TRABAJO POR PRIMERA VEZ..... 04 ESTUDIABA..... 05 ESTUVO AL CUIDADO DEL HOGAR..... 06 VIVIA DE SU PENSION O JUBILACION..... 07 ES RENTISTA..... 08 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	→117
116	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI 1 NO 2	→125
117	¿Qué ocupación, oficio o profesión desempeñó Ud. INDAGUE: ¿Qué cosas hizo, que tareas realizó Ud. principalmente en su trabajo?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>	
118	VERIFIQUE 117: TRABAJA/TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	NO TRABAJA/NO TRABAJO EN AGRICULTURA <input type="checkbox"/>	→120
119	Ud. trabaja principalmente ¿en tierra propia, en tierra de su familia, en tierra alquilada, en tierra de alguien más o en tierra comunal?	TIERRA PROPIA..... 1 TIERRA FAMILIAR..... 2 TIERRA ALQUILADA..... 3 TIERRA DE OTROS..... 4 TIERRA DE LA COMUNIDAD..... 5	
120	¿Ud. hace este trabajo para alguien de su familia, para alguien más, o trabaja por cuenta propia?	PARA MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 1 PARA ALGUIEN MAS..... 2 CUENTA PROPIA..... 3	
121	Usualmente ¿Ud. trabaja durante todo el año, trabaja estacionalmente, o sólo de vez en cuando?	A TRAVES DE TODO EL AÑO..... 1 ESTACIONALMENTE/POR EPOCAS..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	→122A →122B
122	Durante los últimos 12 meses, ¿cuántos meses trabajó?	NUMERO DE MESES..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
122A	(En los meses en que Ud. trabajó). ¿Cuántos días a la semana generalmente trabajó?	NUMERO DE DIAS..... <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	→123
122B	Durante los últimos 12 meses, ¿aproximadamente cuántos días trabajó?	NUMERO DE DIAS..... <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	
123	Generalmente ¿cuánto dinero gana por su trabajo? INDAGUE: ¿Cada cuánto tiempo?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> POR HORA..... 1 POR DIA..... 2 POR SEMANA..... 3 POR QUINCENA..... 4 POR MES..... 5 POR AÑO..... 6 </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; position: relative;"> <!-- Grid representation --> </div> </div> OTRO: 9999996 (ESPECIFIQUE)	
125	¿Que idioma o dialecto hablan habitualmente en su hogar?	CASTELLANO..... 1 QUECHUA..... 2 AYMARA..... 3 OTRA LENGUA ABORIGEN..... 4 IDIOMA EXTRANJERO..... 5	

SECCION 2. REPRODUCCION

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los hijos que Ud. ha tenido durante su vida; me refiero sólo a los hijos de los cuales usted es el padre biológico y no a los hijos adoptados o criados por Ud. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido vivo?	SI..... 1 NO..... 2	→206
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→204
203	¿Cuántas hijas y cuántos hijos viven con Ud. SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS EN CASA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	¿Tiene Ud. alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	→206
205	¿Cuántas hijas o hijos vivos no están viviendo con Ud? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS FUERA..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	¿Ha tenido una niña o un niño que nació vivo pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: ¿Ha tenido usted algún (otro) niña o niño que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	→208
207	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> HIJOS MUERTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 207 Y ANOTE EL TOTAL SI NINGUNO ANOTE "00"	TOTAL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VERIFIQUE 208: quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Ud. ha tenido en TOTAL [<input type="text"/> <input type="text"/>] hijos nacidos 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 MAS HIJOS <input type="checkbox"/> NINGUN HIJO <input type="checkbox"/> → 300		
211	Cuando quedó embarazada su pareja con el último hijo, ¿quería que ella quedara embarazada entonces, quería esperar más tiempo, o no quería tener mas hijos?	QUEDARA EMBARAZADA ENTONCES..... 1 QUERIA ESPERAR..... 2 NO QUERIA TENER MAS HIJOS..... 3	

SECCION 3. ANTICONCEPCION

300 ENCIERRE EL CODIGO 1 EN 301 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE.
PARA CADA METODO NO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCION Y PREGUNTE 302.
ENCIERRE EL CODIGO 2 SI EL METODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE 3 Y CONTINUE CON EL SIGUIENTE METODO.
LUEGO PREGUNTE 303 PARA CADA METODO MENCIONADO ESPONTANEAMENTE O RECONOCIDO.

Ahora quisiera preguntarle acerca de un tema diferente. Hay varios métodos o maneras que una pareja puede usar para demorar o evitar un embarazo.

301 ¿Qué métodos o maneras conoce Ud. o de cuáles ha oído hablar?		302 ¿Conoce o ha oído hablar de (METODO)?		303 ¿Ha usado alguna vez el (la) (METODO)?	
		SI ESPONTANEO	SI RECONOCIDO	NO	
01	PILDORA -Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	1	2	3	SI 1 NO 2
02	DIU -El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, "T" de cobre.)	1	2	3	SI 1 NO 2
03	INYECCION ANTICONCEPTIVA -Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	1	2	3	SI 1 NO 2
04	IMPLANTES (NORPLANT) -Las mujeres pueden tener seis cápsulas en la parte alta de su brazo, colocadas por un doctor o enfermera, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	1	2	3	SI 1 NO 2
05	OVULOS, ESPUMA, TABLETAS VAGINALES, JALEA -Las mujeres pueden colocar un óvulo, jalea o crema dentro de la vagina antes de la relación.	1	2	3	SI 1 NO 2
06	PRESERVATIVO O CONDON -Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	1	2	3	SI 1 NO 2
07	ESTERILIZACION FEMENINA -Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar embarazos (ligadura de trompas).	1	2	3	¿Ha tenido Ud. una pareja que se hizo operar para no tener hijos? SI 1 NO 2
08	ESTERILIZACION MASCULINA -Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMIA).	1	2	3	¿Ha tenido Ud. una operación para evitar tener más hijos? SI 1 NO 2
09	ABSTINENCIA PERIODICA, RITMO -Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más riesgo de quedar embarazada.	1	2	3	SI 1 NO 2
10	RETIRO -Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	1	2	3	SI 1 NO 2
11	OTROS METODOS -Es decir de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	1	2	3	SI 1 NO 2
		(ESPECIFIQUE)			SI 1 NO 2
		(ESPECIFIQUE)			

304 VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO)

AL MENOS UN "SI" (HA USADO METODO)

→ PASE A 306A

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
305	¿Alguna vez usted ha usado algo o hecho algo para postergar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→309
306	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 303-304 (Y 302 SI ES NECESARIO).		
306A	VERIFIQUE 303: HOMBRE NO ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> HOMBRE ESTERILIZADO <input type="checkbox"/>		→308A
307	¿Actualmente están Ud. o su pareja usando algún método para evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	→309
308	¿Qué método están Uds. usando?	PILDORA..... 01 DIU..... 02 INYECTABLES..... 03 IMPLANTES..... 04 VAGINALES..... 05 CONDON..... 06 ESTERILIZACION FEMENINA..... 07 ESTERILIZACION MASCULINA..... 08 ABSTINENCIA PERIODICA..... 09 RETIRO..... 10 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	→401
308A	ENCIERRE "08" PARA ESTERILIZACION MASCULINA		
309	¿Cuál es la razón principal para que Uds. no están usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo? CIRCULE LA RAZON PRINCIPAL	NO EN UNION..... 11 RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD NO TIENE REL. SEXUALES..... 21 SEXO POCO FRECUENTE..... 22 PAREJA MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA.. 23 PAREJA SUBFECUNDA/INFECUNDA..... 24 POSTPARTO/LACTANCIA..... 25 DESEA (MAS) HIJOS..... 26 PAREJA EMBARAZADA ACTUALMENTE..... 27 OPOSICION A USAR ENTREVISTADO SE OPONE..... 31 PAREJA SE OPONE..... 32 OTROS SE OPONEN..... 33 PROHIBICION RELIGIOSA..... 34 FALTA DE CONOCIMIENTO: NO CONOCE METODO..... 41 NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42 RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO PROBLEMAS DE SALUD..... 51 MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52 FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53 CUESTA DEMASIADO..... 54 INCONVENIENTE DE USAR..... 55 INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

SECCION 4. NUPCIALIDAD MASCULINA

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
401	¿Actualmente Ud. está casado o conviviendo?	SI, ACTUALMENTE CASADO..... 1 SI, CONVIVIENDO..... 2 NO, NO EN UNION..... 3	→407
404	¿Actualmente tiene Ud. una pareja? Me refiero a alguien con quien mantiene relaciones sexuales permanentemente u ocasionalmente. ¿O no tiene pareja?	PAREJA SEXUAL PERMANENTE..... 1 PAREJA SEXUAL OCASIONAL..... 2 NO TIENE PAREJA SEXUAL..... 3	
405	¿Anteriormente ha estado Ud. casado o ha convivido?	SI, ESTUVO CASADO..... 1 SI, CONVIVIO..... 2 NO..... 3	→410F
406	¿Actualmente es Ud. viudo, divorciado o separado?	VIUDO..... 1 DIVORCIADO..... 2 SEPARADO..... 3	
407	¿Ud. ha convivido o se ha casado sólo una vez o más de una vez?	UNA VEZ..... 1 MAS DE UNA VEZ..... 2	
408	VERIFIQUE 407: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CASADO/UNIDO CON UNA MUJER SOLAMENTE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su esposa/compañera? </div> <div style="width: 45%;"> CASADO/UNIDO CON UNA MUJER MAS DE UNA VEZ: <input type="checkbox"/> ¿En qué mes y año empezó a vivir con su primera esposa/compañera? </div> </div>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE AÑO..... 98	→409A
409	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezó a vivir con ella?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
409A	VERIFIQUE 401: ACTUALMENTE CASADO <input type="checkbox"/> NO CASADO/CONVIVIENTE <input type="checkbox"/> O CONVIVIENTE		→410F
409B	¿Su esposa/compañera vive con Ud. ahora o vive en otro sitio?	VIVE CON EL..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2	
409C	NOMBRE Y NUMERO DE ORDEN DE LA ESPOSA/COMPAÑERA EN EL LISTADO DE HOGAR _____ SI NO VIVE EN EL HOGAR ANOTE "00"	NUMERO DE ORDEN ESPOSA/COMPAÑERA EN EL CST. DE HOGAR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
410	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compañera?	HACE: DIAS..... 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"/>	
410A	VERIFIQUE 301 Y 302: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compañera, ¿utilizó condón? </div> <div style="width: 45%;"> NO CONOCE CONDON <input type="checkbox"/> Algunos hombres usan un condón, es decir un objeto de látex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposa/compañera, utilizó condón? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																
410B	Aparte de su esposa/compañera, ¿en los últimos 12 meses ha tenido Ud. relaciones sexuales con otra persona?	SI..... 1 NO..... 2	→413																
410C	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con otra persona?	HACE: DIAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	
410D	¿Utilizó condón en esa ocasión?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE, NO RECUERDA..... 8																	
410E	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes personas ha tenido Ud. relaciones sexuales, aparte de su esposa/compañera?	NUMERO DE PERSONAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98					→413												
410F	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de planificación familiar. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales? (si alguna vez ha tenido)	NUNCA..... 000 HACE: DIAS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMANAS..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MESES..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> AÑOS..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	→509
410G	VERIFIQUE 301 Y 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CÓNOCE CONDON ↓ La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales ¿utilizó condón? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO CONOCE CONDON ↓ Algunos hombres usan un condón, es decir un objeto de látex que ellos ponen en su pene durante las relaciones. ¿La última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su esposo/compañero, utilizó condón? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
410H	VERIFIQUE 410F: TUVO RELACIONES SEXUALES DENTRO DE LOS ULTIMOS 12 MESES <input type="checkbox"/> HACE MAS DE 12 MESES QUE TUVO SU ULTIMA RELACION SEXUAL <input type="checkbox"/>		→413																
410I	Durante los últimos 12 meses, ¿con cuántas diferentes personas ha tenido Ud. relaciones sexuales?	NUMERO DE PERSONAS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NO SABE..... 98																	
413	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	→416																

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
414	¿Cuál es ese lugar? <hr/> (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O DEL LUGAR DE ATENCION)	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL DEL MINISTERIO DE SALUD..... 10 CENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 11 PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... 12 PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... 13 HOSPITAL DEL IPSS..... 14 POLICLI./CENTRO/POSTA MED. IPSS..... 15 OTRO GOBIERNO..... 19 (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 20 FARMACIA/BOTICA..... 21 MEDICO PARTICULAR..... 23 PROMOTOR DE SALUD..... 25 OTRO PRIVADO:..... 29 (ESPECIFIQUE) O.N.G. CLINICA DE PLAN. FAM. DE ONG..... 31 PROMOTOR DE ONG..... 32 OTRO: TIENDA/SUPERMERCADO..... 41 IGLESIA..... 42 AMIGOS/PARIENTES..... 43 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE)	
416	¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> CUANDO SE CASO..... 96	

SECCION 5. PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
501	VERIFIQUE 401: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO ACTUALMENTE CASADO O CONVIVIENDO </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CASADO/CONVIVIENDO </div> </div>		→ 503
502	VERIFIQUE 404: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> COMPAÑERA SEXUAL REGULAR </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> COMPAÑERA SEXUAL OCASIONAL </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO TIENE COMPAÑERA SEXUAL </div> </div>		→ 505B
503	¿Está embarazada su esposa/compañera actualmente?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 505B
504	Cuando ella quedó embarazada, ¿deseaba que quedara embarazada entonces, quería esperar más tiempo, o no quería tener más hijos?	DESEABA QUEDARA EMBARAZADA 1 QUERIA ESPERAR 2 NO QUERIA TENER MAS HIJOS 3	→ 505A
505A	Ahora tengo algunas preguntas acerca del futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo o preferiría no tener ninguno (más)?	TENER (UN/OTRO) HIJO 1 NO MAS/NINGUNO 2 DICE QUE ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 3 DICE QUE EL NO PUEDE TENER MAS 4 INDECISO/NO SABE 8	→ 507
505B			
506	VERIFIQUE 503: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO EMBARAZADA O INSEGURA O NO SE PREGUNTO </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EMBARAZADA </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde ahora para tener otro hijo? </div> <div style="width: 45%;"> ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar desde el nacimiento del hijo que están esperando antes de tener otro niño? </div> </div>	MESES 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> AÑOS 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> PRONTO/AHORA 993 ELLA NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA 994 DESPUES DEL MATRIMONIO 995 OTRA: 996 (ESPECIFIQUE) NO SABE 998	
507	VERIFIQUE 308: ESTA USANDO METODO ACTUALMENTE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO USA ACTUALMENTE </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO SE LE PREGUNTO </div> </div>	SI: <input type="checkbox"/>	→ 512
508	¿Ud. cree que va a usar un método para evitar un embarazo dentro de los próximos 12 meses?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 510
509	¿Ud. cree que va a usar un método en algún momento en el futuro?	SI 1 NO 2 NO SABE 8	→ 511
510	¿Qué método preferiría usar?	PILDORA 01 DIU 02 INYECCION 03 IMPLANTES (NORPLANT) 04 VAGINALES 05 CONDOM 06 ESTERILIZACION FEMENINA 07 ESTERILIZACION MASCULINA 08 ABSTINENCIA PERIODICA 09 RITMO 10 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURO 98	→ 512

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
511	<p>¿Cuál es la principal razón por la que Ud. cree que no intentará usar un método en el futuro?</p>	<p>NO EN UNION..... 11</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD:</p> <p>SEXO POCO FRECUENTE..... 22</p> <p>PAREJA MENOPAUSICA/HISTERECTOMIZADA... 23</p> <p>PAREJA SUBFECUNDA/INFECUNDA..... 24</p> <p>DESEA (MAS) HIJOS..... 26</p> <p>OPOSICION A USAR:</p> <p>ENTREVISTADO SE OPONE..... 31</p> <p>PAREJA SE OPONE..... 32</p> <p>OTROS SE OPONEN..... 33</p> <p>PROHIBICION RELIGIOSA..... 34</p> <p>FALTA DE CONOCIMIENTO:</p> <p>NO CONOCE METODO..... 41</p> <p>NO CONOCE FUENTE/LUGAR..... 42</p> <p>RAZONES RELACIONADAS CON EL METODO:</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD..... 51</p> <p>MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... 52</p> <p>FALTA DE ACCESO/DEMASIADO LEJOS..... 53</p> <p>CUESTA DEMASIADO..... 54</p> <p>INCONVENIENTE DE USAR..... 55</p> <p>INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 56</p> <p>OTRA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE..... 98</p>	
512	<p>VERIFIQUE 202 Y 204</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si Ud. 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> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida, ¿cuántos serían?</p> </div> </div> <p>SI LA RESPUESTA NO ES NUMERICA, SONDEE</p>	<p>NUMERO..... <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	→514
513	<p>¿Cuántos de estos hijos le gustaría que fueran mujeres y cuántos hombres, o no le importaría?</p>	<p>MUJERES</p> <p>NUMERO..... <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>HOMBRES</p> <p>NUMERO..... <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>CUALQUIERA</p> <p>NUMERO..... <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>OTRA RESPUESTA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A																		
514	En general, ¿Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar un embarazo?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3																			
515	Ud. está de acuerdo con que se dé información sobre planificación familiar: -¿En la radio? -¿En la televisión?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	RADIO.....	1	2	8	TELEVISION.....	1	2	8							
	SI	NO	NS																		
RADIO.....	1	2	8																		
TELEVISION.....	1	2	8																		
516	¿Ha oído o leído, en los 12 últimos meses, algún mensaje sobre planificación familiar: -¿En la radio? -¿En la televisión? -¿En el periódico o revista? -¿En un afiche o poster? -¿En un volante o panfleto?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PERIODICO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFICHE/POSTER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOLANTE/PANFLETO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	PERIODICO.....	1	2	AFICHE/POSTER.....	1	2	VOLANTE/PANFLETO.....	1	2	
	SI	NO																			
RADIO.....	1	2																			
TELEVISION.....	1	2																			
PERIODICO.....	1	2																			
AFICHE/POSTER.....	1	2																			
VOLANTE/PANFLETO.....	1	2																			
516A	VERIFIQUE 516: AL MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/> NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> → 518																				
516B	Alguno de los mensajes sobre planificación familiar le ayudó a: (LEA TODAS LAS ALTERNATIVAS) -¿tener mayor conocimiento sobre métodos anticonceptivos? -¿tener mejor opinión sobre métodos anticonceptivos? -¿pensar en usar un método anticonceptivo? -¿dejar de usar un método? -¿acudir a un establecimiento de salud que brinde servicios de planificación familiar?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TENER MEJOR OPINION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PENSAR EN USAR UN METODO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DEJAR DE USAR UN METODO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE.....	1	2	TENER MEJOR OPINION.....	1	2	PENSAR EN USAR UN METODO.....	1	2	DEJAR DE USAR UN METODO.....	1	2	ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....	1	2	
	SI	NO																			
TENER MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE.....	1	2																			
TENER MEJOR OPINION.....	1	2																			
PENSAR EN USAR UN METODO.....	1	2																			
DEJAR DE USAR UN METODO.....	1	2																			
ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO.....	1	2																			
518	En los últimos 12 meses ¿Ud. ha comentado sobre la práctica de planificación familiar con alguna persona?	SI..... 1 NO..... 2 → 520																			
519	¿Con quién ha comentado? ¿Con alguien más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ESPOSA/COMPAÑERA..... A MADRE..... B PADRE..... C HERMANA(S)..... D HERMANO(S)..... E HIJO(A)..... F SUEGRO(A)..... G AMIGO(A)..... H OTROS PARIENTES..... I PERSONAL DE SALUD..... J CONFERENCIAS, CURSOS, CHARLAS..... K OTRA: _____ X (ESPECIFIQUE)																			
520	VERIFIQUE 401: SI, CASADO ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> SI, EN CONVIVIENDO <input type="checkbox"/> NO, NO EN UNION <input type="checkbox"/> → 601A																				
521	Los esposos/compañeros no siempre están de acuerdo sobre algo. Ahora me gustaría preguntarle sobre los puntos de vista de su esposa/compañera sobre planificación familiar. ¿Ud. piensa que su esposa/compañera aprueba o desaprueba que las parejas usen métodos para evitar un embarazo?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO SABE..... 8																			
522	¿Con qué frecuencia Ud. y su esposa/compañera hablaron acerca de la planificación familiar en los últimos 12 meses?	NUNCA HAN HABLADO..... 1 UNA O DOS (ALGUNAS) VECES..... 2 MUY A MENUDO..... 3																			
523	¿Ud. piensa que su esposa/compañera desea el mismo número de hijos que Ud., ella quiere más o quiere menos que Ud.?	MISMO NUMERO..... 1 MAS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE..... 8																			

SECCION 6. EL SIDA Y ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601A	¿Ha escuchado Ud. de enfermedades que se pueden contagiar sexualmente?	SI..... 1 NO..... 2	→ 601D
601B	¿Cuáles son esas enfermedades que Ud. conoce? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO W (Especifique) OTRO X (Especifique) NO SABE..... Z	
601C	VERIFIQUE 410 Y 410F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		→ 601D
601D	Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. ha tenido alguna de esas enfermedades?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 601F
601E	¿Cuáles de esas enfermedades ha tenido Ud.? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SIFILIS..... A GONORREA..... B SIDA..... C VERRUGAS GENITALES/CONDILOMA..... D OTRO W (Especifique) OTRO X (Especifique) NO SABE..... Z	
601F	Durante los últimos 12 meses ¿Ud. ha tenido alguna secreción infecciosa por el pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
601G	Durante los últimos 12 meses ¿Ud. ha tenido una llaga, inflamación o úlcera en el pene?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
601H	VERIFIQUE 601E, 601F Y 601G HA TENIDO ALGUNAS DE ESAS ENFERMEDADES <input type="checkbox"/> NINGUNA DE ESAS ENFERMEDADES <input type="checkbox"/>		→ 601I
601I	La última vez que tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/ÚLCERA) ¿Ud. buscó tratamiento o consejo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 601K

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
601J	¿Dónde buscó Ud. consejo o tratamiento? ¿En alguna otra parte o vió a alguien más? CIRCULE/ANOTE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	SECTOR GOBIERNO HOSPITAL MINSA..... A CENTRO DE SALUD MINSA..... B PUESTO DE SALUD DEL MINISTERIO..... C PROMOTOR DE SALUD DEL MINISTERIO..... D HOSPITAL DEL IPSS..... E POLICLINICO/ CENTRO /POSTA MEDICA DEL IPSS..... F OTRO GOBIERNO:..... J (ESPECIFIQUE) SECTOR PRIVADO HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... K FARMACIA/BOTICA..... L MEDICO PARTICULAR..... N OTRO PRIVADO:..... R (ESPECIFIQUE) O.N.G. CLINICA DE PLAN. FAMILIAR DE ONG..... S PROMOTOR DE ONG..... T OTRO CURANDERO..... V OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
601K	¿Cuándo tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/ULCERA) informó a su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2	
601L	¿Cuándo tuvo (ENFERMEDAD(ES) DE 601E/LLAGA/ULCERA) hizo algo para evitar que se infecten su(s) pareja(s) sexual(es)?	SI..... 1 NO..... 2 PAREJA YA ESTUVO INFECTADA..... 3	→ 601N
601M	¿Qué hizo Ud. para no infectarla(s)? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	EVITO LAS RELACIONES SEXUALES..... A UTILIZO CONDONES..... B TOMO MEDICINAS..... C OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	
601N	VERIFIQUE 601B: NO MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/> MENCIONO EL SIDA <input type="checkbox"/>		→ 602
601O	¿Ha escuchado de una enfermedad que se llama SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 611C
602	¿De qué fuentes de información ha aprendido Ud. más sobre el SIDA? ¿Alguna otra fuente? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RADIO..... A TELEVISION..... B PERIODICOS/REVISTAS..... C PANFLETOS/AFICHES..... D TRABAJADORES DE SALUD..... E IGLESIAS..... F ESCUELAS/MAESTROS..... G ENCUENTROS COMUNITARIOS..... H AMIGOS/PARENTES..... I LUGAR DE TRABAJO..... J AUDIOVISUALES/PELICULAS..... K CHARLAS (COMENTARIOS) CON DESCONOCIDOS.. L OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)	

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
602B	¿Cómo se contagia (infecta) una persona con el SIDA? ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	RELACIONES SEXUALES..... A RELACIONES SEXUALES CON VARIAS PERSONAS. B RELACIONES CON PROSTITUTAS..... C NO UTILIZACION DEL CONDON..... D RELACIONES HOMOSEXUALES..... E TRANSFUSIONES DE SANGRE..... F INYECCIONES..... G BESANDO..... H PICADURAS DE ZANCUDOS/MOSQUITOS..... I OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
603	¿Hay algo que una persona puede hacer para evitar contraer el SIDA o el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 607
604	¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer el SIDA? ¿Alguna otra cosa? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ABSTENERSE DEL SEXO..... B USAR CONDOMES DURANTE EL SEXO..... C TENER UNA SOLA PAREJA SEXUAL..... D EVITAR REL. SEX. CON PROSTITUTAS..... E EVITAR REL. SEX. CON HOMOSEXUALES..... F EVITAR TRANSFUSIONES DE SANGRE..... G EVITAR INYECCIONES..... H EVITAR LOS BESOS..... I EVITAR PICADURAS DE MOSQUITOS..... J BUSCAR PROTECCION/AYUDA DE CURANDERO TRADICIONAL..... K CONOCER HISTORIA SEXUAL PAREJA..... L EVITAR RELACIONES CON INFECTADOS..... M EVITAR CONTACTO CON PERSONAS U OBJETOS INFECTADOS..... N EXIGIR SANGRE GARANTIZADA EN TRANSFUSIONES..... O EVITAR CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES.. P NO COMPARTIR JERINGAS NI AGUJAS..... Q EXIGIR INSTRUMENTOS Y MATERIALES ESTERILIZADOS A PERSONAL MEDICO..... R OTRO: _____ W (ESPECIFIQUE) OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
607	¿Es posible que una persona que parece saludable tenga el virus del SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608	¿Ud. cree que la gente que tiene SIDA muere a causa de esta enfermedad, rara vez muere, o no necesariamente muere de esta enfermedad?	MUERE A CAUSA (SIEMPRE)..... 1 RARA VEZ.(A VECES)..... 2 NO NECESARIAMENTE (CASI NUNCA)..... 3 NO SABE..... 8	
608A	¿Se puede curar el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608B	¿Se puede transmitir el SIDA de la madre al niño durante el embarazo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
608C	¿Conoce Ud. personalmente a alguien que tiene SIDA o que ha muerto con el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
609	¿Piensa Ud. que sus riesgos de adquirir el SIDA son altos, moderados, mínimos, o no tiene ningún riesgo?	ALTOS..... 1 MODERADOS..... 2 MÍNIMOS..... 3 NO TIENE RIESGO (NINGUNO)..... 4 TIENE SIDA..... 5 NO SABE..... 8	→ 609C → 611A

No.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
609B	¿Por qué cree que tiene (NINGUN/MINIMO) riesgo de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	ABSTIENE DEL SEXO..... B UTILIZA CONDONES..... C TIENE UNA SOLA PAREJA SEXUAL..... D TIENE POCAS PAREJAS SEXUALES..... E NO TIENE RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F ESPOSA NO TIENE OTRO COMPAÑERO SEXUAL..... G NO TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... H → 611A EVITA TRANSFUSIONES DE SANGRE..... I EVITA INYECCIONES..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
609C	¿Por qué cree que tiene un riesgo (MODERADO/ALTO) de contraer el SIDA? ¿Tiene otras razones? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO UTILIZA CONDONES..... C TIENE SOLO UNA PAREJA SEXUAL..... D TIENE MUCHAS PAREJAS SEXUALES..... E TIENE RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F ESPOSA TIENE OTRO COMPAÑERO SEXUAL..... G TIENE RELACIONES HOMOSEXUALES..... H TUVO TRANSFUSION DE SANGRE..... I TUVO INYECCIONES..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
611A	Desde que Ud. empezó a oír hablar del SIDA ¿ha cambiado su conducta para prevenir el contagio del SIDA? SI ES AFIRMATIVO: ¿Qué ha hecho? ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D → 611C REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS..... E EVITO RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F EXIGIO FIDELIDAD DE SU PAREJA..... G NO MAS RELACIONES HOMOSEXUALES..... H DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... I EVITO LAS INYECCIONES..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y	
611B	El haber oído hablar del SIDA ¿ha afectado su decisión sobre tener relaciones sexuales o ha cambiado su conducta sexual? SI ES AFIRMATIVO: ¿Qué ha hecho? ¿Algo más? CIRCULE TODAS LAS CATEGORIAS MENCIONADAS	NO EMPEZO RELACIONES SEXUALES..... A DEJO DE TENER RELACIONES SEXUALES..... B EMPEZO A USAR CONDONES..... C RESTRINGIO EL SEXO A UNA PAREJA..... D REDUJO EL NUMERO DE PAREJAS..... E EVITO RELACIONES CON PROSTITUTAS..... F NO MAS RELACIONES HOMOSEXUALES..... G SE ASEGURA DE CONOCER HISTORIA SEXUAL DE LA PAREJA..... H DISMINUYO ACTIVIDAD SEXUAL..... I HABLA CON ESPOSA SOBRE EL PELIGRO Y EXIGE FIDELIDAD..... J OTRO: _____ X (ESPECIFIQUE) NO CAMBIO DE COMPORTAMIENTO..... Y NO SABE..... Z	
611C	Algunas personas utilizan un condón durante las relaciones sexuales para evitar contraer el SIDA u otra enfermedad transmitida sexualmente. ¿Ha escuchado de esto?	SI..... 1 NO..... 2 → 611F	
611D	VERIFIQUE 410 Y 410F: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA TUVO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> → 613		
611E	Es posible que hayamos hablado de esto antes. ¿Alguna vez ha usado condón para evitar contraer o transmitir enfermedades como el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	
611F	En los últimos 12 meses, ¿ha dado o recibido Ud. dinero, regalos o favores a cambio de tener relaciones sexuales con alguien?	SI..... 1 NO..... 2	
613	ANOTA LA HORA DE FINALIZACION:	HORA MINUTOS	

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

(Para ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la
entrevista:

Comentarios sobre
preguntas específicas:

Algún otro comentario:

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR(A)

Nombre de la Supervisor(a):

Fecha:

OBSERVACIONES DEL CRITICO(A)

Nombre del Crítico(a):

Fecha: