

CUESTIONARIO INDIVIDUAL MUJERES **APENDICE B**

COLOMBIA



ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD 2015

CUESTIONARIO INDIVIDUAL MUJER

IDENTIFICACIÓN

1. SEGMENTO No. |_|_|_|
2. VIVIENDA No. |_|
3. HOGAR |_|
- DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA: _____
4. DEPARTAMENTO: _____ |_|
5. MUNICIPIO: _____ |_|_|
6. ÁREA: CABECERA MUNICIPAL 1 |_|
 RESTO (CENTRO POBLADO) 2
 RESTO (DISPERSO) 3
7. ÁREA DE MUESTREO |_|_|_|
8. NOMBRE Y No. DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE HOGAR |_|

CONTROL DE LA ENCUESTA

	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL		
FECHA				FECHA	_ _ _	_ _ _
ENTREVISTADORA					DÍA	MES AÑO
RESULTADO*				RESULTADO*		_
HORA DE INICIO						
HORA TERMINACIÓN				NÚMERO VISITAS		_

CÓDIGOS	SUPERVISORA _ _ 	ENTREVISTADORA _ _
<p>* CÓDIGOS DE RESULTADO: COMPLETA 1 AUSENTE 3 OTRO: _____ 6</p> <p>RECHAZO 2 INCOMPLETA 4</p>		

Buenos días. Mi nombre es _____ y estoy trabajando para el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Estamos realizando una encuesta a nivel nacional, entrevistando a mujeres acerca de diferentes temas relacionados con la salud. Apreciaríamos su participación en esta entrevista. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas de salud. La entrevista dura aproximadamente una hora y media. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta entrevista es voluntaria y si se presentara alguna pregunta que no quisiera responder déjeme saber y continuaré con las siguientes preguntas, o puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Esperamos que usted participe en esta entrevista pues sus opiniones son importantes.

Tiene alguna pregunta?

Me gustaría empezar la entrevista ahora

Firma Encuestador/a: _____ Fecha: _____

Encuestada acepta entrevista

SI ☐NO ☐ → FIN

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIACIÓN	HORA..... MINUTOS.....	
101A	Como estamos haciéndole encuestas tanto a hombres como a mujeres, necesito hacerle la siguiente pregunta para determinar el tipo de cuestionario que se debe aplicar. ¿Usted es hombre o mujer? o ¿una mujer transgénero o un hombre transgénero?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANSGÉNERO..... 3 MUJER TRANSGÉNERO..... 4	
102	¿Por cuánto tiempo ha estado Ud. viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL MUNICIPIO DE RESIDENCIA)?	MESES..... 1 AÑOS..... 2 SIEMPRE..... 995	
103	¿En qué día, mes y año nació Ud.?	DÍA..... NO SABE EL DÍA..... 98 MES..... NO SABE EL MES..... 98 AÑO..... NO SABE EL AÑO..... 9998	
104	¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.? COMPARE Y CORRIJA 103 Y/O 104 SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
105	¿Alguna vez Ud. asistió a la escuela, colegio o universidad u otra institución educativa de educación formal?	SI..... 1 NO..... 2	107
106	¿Cuál fue el último año de estudios que Ud. aprobó?	NINGUNO..... 00 PREESCOLAR..... 01 BÁSICA PRIMARIA..... 02 BÁSICA SECUNDARIA (BACHILLERATO BÁSICO)..... 03 MEDIA ACADÉMICA O CLÁSICA (BACHILLERATO BÁSICO)..... 04 MEDIA TÉCNICA (BACHILLERATO TÉCNICO)..... 05 TÉCNICA PROFESIONAL..... 06 TECNOLOGICA..... 07 PROFESIONAL..... 08 ESPECIALIZACIÓN..... 09 MAESTRÍA..... 10 DOCTORADO..... 11	108
107	¿Usted sabe leer y escribir?	SI..... 1 NO..... 2	
108	VERIFIQUE 104: MENOR DE 25 AÑOS 104 < 25 25 AÑOS O MÁS 104 >= 25		201
109	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	112
110	¿Hace cuántos años dejó de asistir a la escuela, colegio o universidad?	AÑOS.....	
111	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar? (QUEHACERES DEL HOGAR)	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS..... 03 LA FAMILIA NECESITABA AYUDA..... 04 NO PODIAN PAGAR LA PENSIÓN Y/O MATRÍCULA..... 05 NECESITABA GANAR DINERO..... 06 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 07 NO QUISO ESTUDIAR..... 08 TRAMITOLOGÍA/PAPELES..... 09 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
112	¿Cuál es el estado conyugal actual de su mamá? SI MADRE MUERTA MARQUE EL CÓDIGO 7 Y PASE A PREG. 113	CASADA..... 1 UNIÓN LIBRE..... 2 SEPARADA..... 3 DIVORCIADA..... 4 VIUDA..... 5 NUNCA UNIDA..... 6 MADRE MUERTA..... 7 NO SABE..... 8	
113	¿Cuál es el estado conyugal actual de su papá? SI PADRE MUERTO MARQUE EL CÓDIGO 7 Y PASE A PREG. 114	CASADO..... 1 UNIÓN LIBRE..... 2 SEPARADO..... 3 DIVORCIADO..... 4 VIUDO..... 5 NUNCA UNIDO..... 6 PADRE MUERTO..... 7 NO SABE..... 8	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS																									
114	VERIFIQUE 104: <div>15 a 24 AÑOS<div><input type="checkbox"/></div></div> <div>13 a 14 AÑOS<div><input type="checkbox"/></div></div>																										
115	¿Cuál era el estado conyugal de su mamá cuando Ud. tenía entre 12 y 14 años?	CASADA..... 1 UNIÓN LIBRE..... 2 SEPARADA..... 3 DIVORCIADA..... 4 VIUDA..... 5 NUNCA UNIDA..... 6 MADRE MUERTA..... 7 NO SABE..... 8																									
116	¿Cuál era el estado conyugal de su papá cuando Ud. tenía entre 12 y 14 años?	CASADO..... 1 UNIÓN LIBRE..... 2 SEPARADO..... 3 DIVORCIADO..... 4 VIUDO..... 5 NUNCA UNIDO..... 6 PADRE MUERTO..... 7 NO SABE..... 8																									
117	Cuando tenía entre 12 y 14 años Ud. vivía principalmente con:	PADRE Y MADRE (BIOLÓGICOS)..... 1 SOLO CON MADRE (BIOLÓGICA)..... 2 SOLO CON PADRE (BIOLÓGICO)..... 3 MADRE BIOLÓGICA Y PADRASTRO..... 4 PADRE BIOLÓGICO Y MADRASTRA..... 5 PERSONAS DIFERENTES A PADRE Y MADRE..... 6 SOLA..... 7																									
118	Actualmente Ud. vive principalmente con:	PADRE Y MADRE (BIOLÓGICOS)..... 1 SOLO CON MADRE (BIOLÓGICA)..... 2 SOLO CON PADRE (BIOLÓGICO)..... 3 MADRE BIOLÓGICA Y PADRASTRO..... 4 PADRE BIOLÓGICO Y MADRASTRA..... 5 PERSONAS DIFERENTES A PADRE Y MADRE..... 6 SOLA..... 7																									
119	¿Cuántos hijos e hijas nacido(a)s vivo(a)s ha tenido su mamá, incluida Ud.?	HIJOS/HIJAS..... <div><div></div><div></div></div> UNA SOLA HIJA..... 01 NO SABE..... 98																									
120	¿Todos lo(a)s hijo(a)s de su mamá, incluida Ud., son del mismo padre (del mismo hombre)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																									
121	¿Todos lo(a)s hijo(a)s de su papá, incluida Ud., son de la misma madre (de la misma mujer)?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																									
122	¿Qué edad tenía su mamá cuando tuvo el primer hijo/hija?	EDAD..... <div><div></div><div></div></div> NO SABE..... 98																									
123	¿Qué edad tenía su papá cuando tuvo el primer hijo/hija?	EDAD..... <div><div></div><div></div></div> NO SABE..... 98																									
124	¿Algunas(os) de sus hermanas(os) mayores a Ud., tuvieron hijo(a)s antes de cumplir los 18 años?	SI..... 1 NO..... 2 NO TIENE HERMANOS(AS) MAYORES..... 3 NO SABE..... 8																									
125	Con qué frecuencia su papá, mamá o la persona adulta que responde por Ud.: HAGA USO DE LA TARJETA NA: ALGUNA VEZ EN UNIÓN ESTABLE O VIVE SOLA a. ¿Sabe dónde está Ud. cuando sale de la casa?..... b. ¿Sabe con qué amigo(a)s sale Ud.?..... c. ¿Le pone horario de salida y entrada cuando Ud. sale con sus amigo(a)s?..... d. ¿Sabe cómo le va a Ud. en la escuela/colegio/universidad?.....	<table><tr><th>SIEMPRE</th><th>CASI SIEMPRE</th><th>POCAS VECES</th><th>NUNCA</th><th>NA</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>7</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>7</td></tr></table>	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA	NA	1	2	3	4	7	1	2	3	4	7	1	2	3	4	7	1	2	3	4	7
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	POCAS VECES	NUNCA	NA																							
1	2	3	4	7																							
1	2	3	4	7																							
1	2	3	4	7																							
1	2	3	4	7																							
126	HAGA USO DE LA TARJETA a. De sus amigas, de aproximadamente su misma edad, ¿cuántas cree que ya han comenzado a tener relaciones sexuales?..... b. De sus amigas, de aproximadamente su misma edad, que ya han comenzado a tener relaciones sexuales, ¿cuántas cree que han estado embarazadas por lo menos una vez?..... c. De sus amigas, de aproximadamente su misma edad, que ya han comenzado a tener relaciones sexuales, ¿cuántas cree que usan condón siempre que tienen relaciones sexuales?.....	<table><tr><th>NINGUNA</th><th>ALGUNAS</th><th>MUCHAS</th><th>TODAS</th><th>NS</th></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>8</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>8</td></tr></table>	NINGUNA	ALGUNAS	MUCHAS	TODAS	NS	1	2	3	4	8	1	2	3	4	8	1	2	3	4	8					
NINGUNA	ALGUNAS	MUCHAS	TODAS	NS																							
1	2	3	4	8																							
1	2	3	4	8																							
1	2	3	4	8																							

SECCIÓN 2. REPRODUCCIÓN

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																														
201	Ahora, me gustaría preguntarle acerca de todos los partos que usted ha tenido durante su vida. ¿Ha tenido alguna hija o hijo nacido(a) vivo(a)?	SI..... 1 NO..... 2	208																														
202	¿Tiene alguna hija o hijo que esté viviendo con usted?	SI..... 1 NO..... 2	204																														
203	¿Cuántas hijas viven con usted? ¿Cuántos hijos viven con usted? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS EN CASA..... HIJOS EN CASA.....																															
204	¿Usted tiene alguna hija o hijo que no esté viviendo con Ud.?	SI..... 1 NO..... 2	208																														
205	¿Cuántas hijas no están viviendo con Ud.? ¿Cuántos hijos no están viviendo con Ud.? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS FUERA..... HIJOS FUERA.....																															
206	De las hijas o hijos que no viven con usted: ¿Cuántas hijas viven en el país? ¿Cuántos hijos viven en el país? ¿Cuántas hijas viven en el exterior? ¿Cuántos hijos viven en el exterior? SI NINGUNO ANOTE "00", SI NO SABE ANOTE "98" Y PASE A 208	HIJAS VIVIENDO EN EL PAÍS..... HIJOS VIVIENDO EN EL PAÍS..... HIJAS VIVIENDO EN EL EXTERIOR..... HIJOS VIVIENDO EN EL EXTERIOR.....	208																														
207	VERIFIQUE 206 SI TIENE HIJA(O)S VIVIENDO EN EL EXTERIOR ¿En qué país(es) viven sus hijas(os)?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>HIJAS</td> <td>HIJOS</td> </tr> <tr> <td>VENEZUELA.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESTADOS UNIDOS.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESPAÑA.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ECUADOR.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PANAMÁ.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CANADÁ.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OTRO:.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> </table>		HIJAS	HIJOS	VENEZUELA.....			ESTADOS UNIDOS.....			ESPAÑA.....			ECUADOR.....			PANAMÁ.....			CANADÁ.....			OTRO:.....			(ESPECIFIQUE)			NO SABE.....	98	98	
	HIJAS	HIJOS																															
VENEZUELA.....																																	
ESTADOS UNIDOS.....																																	
ESPAÑA.....																																	
ECUADOR.....																																	
PANAMÁ.....																																	
CANADÁ.....																																	
OTRO:.....																																	
(ESPECIFIQUE)																																	
NO SABE.....	98	98																															
208	¿Alguna vez dio a luz a una niña o a un niño que nació vivo(a) pero que falleció después? SI NO, INDAGUE: Tuvo usted algún(a) (otro(a)) niño o niña que lloró o mostró algún signo de vida pero que sólo vivió pocas horas o días?	SI..... 1 NO..... 2	210																														
209	¿Cuántas hijas han muerto? ¿Cuántos hijos han muerto? SI NINGUNO ANOTE "00"	HIJAS MUERTAS..... HIJOS MUERTOS.....																															
210	SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 205 Y 209 Y ANOTE EL TOTAL. SI NO HA TENIDO HIJOS VIVOS ANOTE "00"	TOTAL.....																															
211	VERIFIQUE 210: Quisiera asegurarme que tengo la información correcta: Usted ha tenido en TOTAL <input type="text"/> nacidos vivos durante toda su vida. ¿Esto es correcto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> → INDAGUE Y CORRIJA 201 - 210 SI ES NECESARIO																																
212	VERIFIQUE 210: HA TENIDO MAS DE UN(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) <input type="checkbox"/> NINGÚN(A) NACIDO(A) VIVO(A) <input type="checkbox"/>	HA TENIDO SOLAMENTE UN HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) <input type="checkbox"/>	214 229																														
213	¿Todo(a)s sus hijo(a)s son del mismo padre (del mismo hombre)?	SI..... 1 NO..... 2																															

<p>Ahora me gustaría conversar con usted acerca de todos sus hijos(as), estén vivos(as) o no, vivan o no con Ud. empezando con el primero(a) que tuvo. SONDEE PARA DETERMINAR SI LA SEÑORA HA TENIDO MELLIZOS O TRILLIZOS. ENCIERRE EN UN CÍRCULO 215 PARA FUTURA REFERENCIA. ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS HIJOS(AS) EN 214. ANOTE LOS MELLIZOS O TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS.</p>										
214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224
¿Cuál es el nombre de (de la) primer(a) hijo(a) que tuvo?	¿Cuándo nació, fue éste un parto único o múltiple?	¿Es hombre o mujer?	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: ¿Cuándo es su cumpleaños?	¿Está (NOMBRE) aún vivo?	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO(A) DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI " 1 AÑO " INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	¿Cuantos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE) nació? SI "NO SABE" ANOTE "98"	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y (NOMBRE)?
01 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES (VAYA AL PRÓXIMO)	
02 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
03 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
04 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
05 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
06 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2
07 (NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	<div> <div> <div></div> <div>DÍA</div> </div> <div> <div></div> <div>MES</div> </div> <div> <div></div> <div>AÑO</div> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS <div> <div></div> <div></div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	No. DE ORDEN <div> <div></div> <div></div> </div>	DÍAS..... 1 MESES..... 2 AÑOS..... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2

214	¿Cómo se llama el(la) primer(a) hijo(a) que tuvo?	215	¿Cuándo nació, fue parto único o múltiple?	216	¿Es hombre o mujer?	217	¿En qué día, mes y año nació (NOMBRE)? INDAGUE: Cuándo es su cumpleaños?	218	¿Está (NOMBRE) aún vivo?	219	¿Cuántos años cumplidos tiene? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS PARA MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	220	¿Está (NOMBRE) viviendo con Ud.?	221	ANOTE EL NÚMERO DE ORDEN DEL HIJO(A) DEL FORMULARIO DE HOGAR. ANOTE "00" SI NO SE LISTÓ EN EL HOGAR	222	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando murió? SI " 1 AÑO " INDAGUE: Cuántos meses tenía (NOMBRE)? ANOTE DÍAS SI MENOS DE 1 MES, MESES SI MENOS DE 2 AÑOS, O AÑOS.	223	SI NACIMIENTO EN ENE. 2010 O DESPUÉS: ¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando (NOMBRE) nació? SI "NO SABE" ANOTE "98"	224	¿Hubo algún otro nacimiento entre (NOMBRE) DEL NACIMIENTO ANTERIOR Y (NOMBRE)?
08	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	DÍA MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	DÍAS..... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES (VAYA AL PRÓXIMO)	SI..... 1 NO..... 2											
09	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	DÍA MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	DÍAS..... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2											
10	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	DÍA MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	DÍAS..... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2											
11	(NOMBRE)	ÚNICO.. 1 MÚLT.... 2	H..... 1 M..... 2	DÍA MES AÑO	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 222)	EDAD EN AÑOS	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 223)	DÍAS..... 1 MESES. 2 AÑOS.... 3	MESES	SI..... 1 NO..... 2											
225	¿Ha tenido usted algún nacido vivo desde el nacimiento de (NOMBRE DEL ÚLTIMO NACIMIENTO)? (SI LA RESPUESTA ES POSITIVA INCLÚYALO EN EL LISTADO Y HAGA LAS PREGUNTAS RESPECTIVAS)												SI..... 1 NO..... 2								
225A	¿Qué edad tenía Ud. al nacimiento de su primer(a) hijo(a)?												EDAD.....								
225B	¿Qué edad tenía el padre (biológico) de su primer(a) hijo(a) al nacimiento de ese hijo?												EDAD.....								
226	<p>COMPARE 210 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN LA HISTORIA DE ARRIBA Y MARQUE:</p> <p>NÚMEROS IGUALES <input type="checkbox"/> NÚMEROS DIFERENTES <input type="checkbox"/> → PRUEBE Y RECONCILIE</p> <p>VERIFIQUE:</p> <p>PARA CADA NACIMIENTO: SE ANOTÓ EL AÑO DEL NACIMIENTO (P.217)</p> <p>PARA CADA HIJO(A) VIVO(A): SE ANOTÓ LA EDAD ACTUAL (P.219)</p> <p>PARA CADA HIJO(A) MUERTO(A): SE ANOTÓ LA EDAD A LA MUERTE (P.222)</p> <p>PARA EDADES A LA MUERTE 12 MESES O 1 AÑO: SE PROBÓ PARA DETERMINAR EDAD EXACTA DE MESES</p>																				
227	VERIFIQUE 217 Y ANOTE EL NÚMERO DE NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2010. SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 229																				
228	POR CADA NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2010 ANOTE "N" EN EL MES DE NACIMIENTO EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES (EL NÚMERO DE MESES DE "E" DEBE SER UNO MENOS QUE EL NÚMERO DE MESES EN QUE EL EMBARAZO TERMINÓ). ESCRIBA EL NOMBRE DEL(LA) NIÑO(A) EN FRENTE DEL CÓDIGO "N".																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
229	¿Está usted embarazada actualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→ 241
230	¿Cuántos meses de embarazo tiene? (ANOTE EL NÚMERO COMPLETO DE MESES)	MESES..... SI MENOS DE UN MES ANOTE "00"	
231	ESCRIBA "E" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES DE LA ENTREVISTA Y EN CADA UNO DE LOS MESES PRECEDENTES EN QUE HA ESTADO EMBARAZADA		
232	¿Cuando usted quedó embarazada, quería quedar embarazada EN ESE MOMENTO, quería esperar hasta MÁS ADELANTE, o NO QUERÍA MÁS HIJOS?	EN ESE MOMENTO..... 1 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MÁS HIJOS..... 3	
233	¿Después de que se enteró que estaba embarazada tuvo miedo de contarle a su pareja?	SI..... 1 NO..... 2	
234	¿Este embarazo fue una decisión tomada junto con su pareja?	SI..... 1 NO..... 2	
235	¿Se ha hecho control prenatal (control del embarazo)? Si, "SI" ¿en dónde?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) NINGÚN CONTROL PRENATAL..... 7	→ 238
236	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES.....	→ 239
238	¿Por qué no se ha hecho control prenatal? ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	PERSONALES (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... A SERVICIOS DE SALUD (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... B ECONÓMICAS (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... C PROBLEMAS AUTORIZACIONES (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... D FALTA CONOCIMIENTO (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE)..... E OPOSICIÓN (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... F NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNE..... G NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... H OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
239	¿Durante este embarazo, ha estado hospitalizada? Si, "SI", ¿Cuánto tiempo?	No. DÍAS..... UN DÍA INCOMPLETO.....000 NO.....995	→ 241
240	¿Por qué estuvo hospitalizada? ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO O PARTO PREMATURO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F AGRESIÓN FÍSICA..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
241	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido, embarazo extrauterino o un nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	→ 252

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
242	¿Cuántos de esos embarazos ha tenido en toda su vida?	No. DE EMBARAZOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>			
243	Vamos a hablar de cada uno de esos embarazos empezando por el último:	ÚLTIMO	PENÚLTIMO	ANTEPENÚLTIMO	
244	¿En qué mes y año ocurrió el (número) de esos embarazos?	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
245	¿Qué edad tenía cuando ocurrió el (número) de esos embarazos?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
246	¿Cómo terminó el (número) de esos embarazos?	PÉRDIDA/ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 INTERRUPCIÓN/ ABORTO INDUCIDO..... 2 E. EXTRAUTERINO..... 3 MUERTE FETAL/ NACIDO MUERTO..... 4	PÉRDIDA/ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 INTERRUPCIÓN/ ABORTO INDUCIDO..... 2 E. EXTRAUTERINO..... 3 MUERTE FETAL/ NACIDO MUERTO..... 4	PÉRDIDA/ABORTO ESPONTÁNEO..... 1 INTERRUPCIÓN/ ABORTO INDUCIDO..... 2 E. EXTRAUTERINO..... 3 MUERTE FETAL/ NACIDO MUERTO..... 4	
247	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando ocurrió el (número) de esos embarazos que terminó en pérdida, interrupción, embarazo extrauterino o un nacido muerto?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
248	VERIFIQUE 242 Y 244, ANOTE EL NÚMERO DE EMBARAZOS QUE NO TERMINARON EN NACIDO VIVO, POSTERIOR A ENERO DE 2010. SI NINGUNO, ANOTE "0" Y PASE A 252 <input type="text"/>				
249	VERIFIQUE LA FECHA Y LA DURACIÓN DE CADA EMBARAZO QUE NO TERMINÓ EN NACIDO VIVO, POSTERIOR A ENERO DE 2010. PONGA "T" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN EL MES QUE TUVO LA PÉRDIDA Y "E" EN CADA UNO DE LOS MESES EN LOS QUE ESTUVO EMBARAZADA.				
250	¿Recibió atención por parte de personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, interrupción del embarazo, embarazo extrauterino o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2			252
251	¿En qué lugar la atendieron?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)			
252	¿A qué edad tuvo su primera menstruación?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/> NUNCA HA MENSTRUADO..... 96			254
253	¿Cuándo empezó su última regla o menstruación? _____ FECHA, SI LA DA INDAGUE: ¿Cuánto tiempo hace que tuvo su última regla?	HACE: DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> HISTERECTOMIZADA..... 993 MENOPÁUSICA..... 994 ANTES DEL ÚLTIMO NACIMIENTO..... 995 NUNCA HA MENSTRUADO..... 996			
254	¿Cree Ud. que hay ciertos días entre una menstruación y otra, en que una mujer tiene mayor probabilidad de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8			301
255	¿Los días de mayor posibilidad de quedar embarazada son: justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, justo después de que termine o entre una menstruación y otra?	JUSTO ANTES QUE COMIENCE LA MENSTRUACIÓN..... 1 DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 2 JUSTO DESPUÉS QUE TERMINE LA MENSTRUACIÓN..... 3 ENTRE UNA MENSTRUACIÓN Y OTRA..... 4 EN CUALQUIER MOMENTO..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8			

SECCIÓN 3. ANTICONCEPCIÓN

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

ENCIERRE EL CÓDIGO 1 EN 301 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE.

PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE LEA EL NOMBRE Y LA DESCRIPCIÓN Y PREGUNTE 301. ENCIERRE EL CÓDIGO 1 SI EL MÉTODO ES RECONOCIDO, EN CASO CONTRARIO ENCIERRE CÓDIGO 2 Y CONTINÚE CON EL SIGUIENTE MÉTODO.

LUEGO PREGUNTE 302 Y 303 PARA CADA MÉTODO MENCIONADO ESPONTÁNEAMENTE O RECONOCIDO.

OPCIONES DE RESPUESTA PARA LA PREGUNTA 302		HOSPITAL/CENTRO DE SALUD O	
FAMILIA.....	01	SERVICIO DE SALUD PÚBLICO.....	04
COLEGIO/INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL SECTOR PÚBLICO.....	02	CLÍNICA O IPS PRIVADA.....	05
COLEGIO/INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL SECTOR PRIVADO.....	03	CONOCIDO/A, AMIGO/A.....	06
		COMUNIDAD.....	07
		M. DE COMUNICACIÓN.....	08
		OTRO.....	96
¿Qué métodos conoce o de cuáles ha oído hablar?	301 ¿Conoce o ha oído hablar de (MÉTODO)?	302 ¿Dónde obtuvo información por primera vez sobre el (MÉTODO)?	303 ¿Ha usado alguna vez el (la) (MÉTODO)?
01 Esterilización Femenina Algunas mujeres pueden realizarse una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Ud. se ha hecho operar para no tener (más) hijo(a)s? SI..... 1 NO..... 2
02 Esterilización Masculina Algunos hombres pueden realizarse una operación para evitar que la mujer quede embarazada (vasectomía o desconexión del hombre).	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Alguna de sus pareja se ha hecho operar para no tener (más) hijo(a)s? SI..... 1 NO..... 2
03 Píldora Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
04 DIU de cobre u hormonal El profesional de la salud puede colocar dentro del útero de la mujer, un dispositivo en forma de "T".	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
05 Inyección Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
06 Implantes (Norplant, Jadelle, Implanon) Las mujeres pueden mandarse colocar por un profesional de la salud, una cápsula (Implanon), dos (Jadelle) o seis (Norplant) en la parte alta de su brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por tres o cinco años.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
07 Anillo Vaginal La mujer se puede introducir dentro de la vagina un anillo elaborado en un plástico especial, flexible y transparente, una vez al mes y lo deja durante tres semanas.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
08 Preservativo o Condón Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Alguna de sus parejas ha usado alguna vez condón? SI..... 1 NO..... 2
09 Espuma, Jalea, Óvulos (Métodos de Barrera) Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma o crema dentro de la vagina antes de la relación.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
10 Método de Amenorrea por Lactancia (MELA) Después de un nacimiento, una mujer estaría protegida de quedar embarazada mientras esté lactando frecuentemente hasta que le regrese la menstruación.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
11 Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings Las parejas pueden evitar tener relaciones sexuales ciertos días del ciclo menstrual en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
12 Retiro Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
13 Anticoncepción de emergencia Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
14 Parque anticonceptivo Las mujeres pueden colocarse un parche anticonceptivo sobre la piel una vez por semana, durante tres semanas consecutivas, y luego no se coloca ningún parche durante una semana.	SI..... 1 NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2
15 Otros métodos Ha oído Ud. de otras formas o métodos que las mujeres o los hombres pueden usar para evitar un embarazo?	SI..... 1 _____ (ESPECIFIQUE) NO..... 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SI..... 1 NO..... 2

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
304	VERIFIQUE 303: NI UN SOLO "SI" (NUNCA HA USADO) <input type="checkbox"/> AL MENOS UN "SI" (HA USADO MÉTODO) <input type="checkbox"/>		PASE A 308
305	¿Ha usado Ud. o su pareja alguna vez algo o ha tratado de alguna manera de demorar o evitar un embarazo?	SI..... 1 NO..... 2	307
306	ANOTE "0" EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO EN CADA MES EN BLANCO		329
307	¿Qué ha(n) usado o qué ha(n) hecho? CORRIJA 303 - 304 (Y 301 SI ES NECESARIO)		
308	Ahora me gustaría preguntarle acerca de la primera vez que Ud. hizo algo o usó un método para evitar quedar embarazada. ¿Cuántos hijos vivos (sobrevivientes) tenía Ud. en ese momento? SI NINGUNO ANOTE "00"	NÚMERO DE HIJOS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIQUE 303(01): MUJER NO ESTERILIZADA <input type="checkbox"/> MUJER ESTERILIZADA <input type="checkbox"/>	303(01)=2 303(01)=1	312A
310	VERIFIQUE 229: NO EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/>	229=2, 8 229=1	320
311	¿Actualmente están Ud. o su pareja haciendo algo o usando algún método para postergar o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	320
312	¿Qué método están usando ustedes? MARQUE TODOS LOS MÉTODOS MENCIONADOS SI MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO, SIGA EL PASE PARA EL QUE ESTE MÁS ARRIBA EN LA LISTA	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... A ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... B PÍLDORA..... C DIU..... D INYECCIÓN MENSUAL..... E INYECCIÓN TRIMESTRAL..... F IMPLANTES (IMPLANON/JADELLE)..... G ANILLO VAGINAL..... H CONDÓN..... I ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... J AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... K ABSTINENCIA PERIÓDICA (RITMO)..... L RETIRO..... M PARCHE ANTICONCEPTIVO..... N OTRO: X (ESPECIFIQUE)	314 318A 318A
312A	HAGA UN CÍRCULO EN "A" PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA.		
313	¿Cómo determina Ud. en qué días de su ciclo menstrual no debe tener relaciones sexuales para no quedar en embarazo?	CON BASE EN EL CALENDARIO..... 1 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO..... 2 CON BASE EN EL MOCO CERVICAL (MÉTODO BILLINGS)..... 3 CON BASE EN LA TEMPERATURA DEL CUERPO Y EL MOCO CERVICAL..... 4 NINGÚN SISTEMA ESPECÍFICO..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	318A
314	¿En qué sitio tuvo lugar la esterilización?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
315	VERIFIQUE 312/312A: SI ESTÁN MARCADOS "A" Y "B", LAS PREGUNTAS SE HACEN ÚNICAMENTE PARA LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA SEÑALÓ ESTERILIZACIÓN FEMENINA <input type="checkbox"/> SEÑALÓ ÚNICAMENTE ESTERILIZACIÓN MASCULINA <input type="checkbox"/> ¿Antes de su operación de esterilización le dijeron que usted no podía tener (más) hijos a causa de esta operación? ¿Antes de la operación de esterilización o vesectomía le dijeron a su pareja que no podía tener (más) hijos a causa de esta operación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
316	¿Ud. se ha arrepentido de haber sido operada (que su pareja haya sido operado) para no tener más hijos?	SI..... 1 NO..... 2	318

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
317	¿Cuál es la razón principal por la cual está arrepentida de haber sido operada (que su pareja haya sido operado)?	DESEA OTRO(A) HIJO(A)..... 1 COMPAÑERO DESEA OTRO(A) HIJO(A)..... 2 EFECTOS COLATERALES..... 3 NIÑO(A) MURIÓ..... 4 OTRA: 6	
318	¿En qué mes y año la(lo) operaron?	MES.....	
318A	¿En qué mes y año empezó a usar continuamente (MÉTODO ACTUAL) la última vez?	AÑO.....	
319	VERIFIQUE 318 Y 318A: ENERO DE 2010 O DESPUÉS <input type="checkbox"/> ANTES DE ENERO DE 2010 <input type="checkbox"/> ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES HASTA LA FECHA EN QUE COMENZÓ A USARLO ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO DE USO ACTUAL EN EL MES DE LA ENTREVISTA EN LA COLUMNA 1 DEL CALENDARIO Y EN CADA MES ANTERIOR HASTA ENERO DE 2010 PASE A → 321		
320	Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de todos los otros períodos en los últimos años durante los cuales usted o su pareja ha(n) usado un método para evitar quedar embarazada. USE EL CALENDARIO PARA INDAGAR PERÍODOS ANTERIORES DE USO Y DE NO USO, COMENZANDO CON EL DE USO MÁS RECIENTE, REGRESANDO HASTA ENERO DE 2010. USE LOS NOMBRES DE LO(A)S HIJO(A)S, FECHAS DE NACIMIENTO Y PERÍODOS DE EMBARAZO COMO PUNTOS DE REFERENCIA. EN LA COLUMNA 1, PARA CADA MES ANOTE EL CÓDIGO DEL MÉTODO O "0" SI NO USA. * PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Cuándo fue la última vez que Ud. usó un método? Qué método fue ese? - Cuándo empezó Ud. a usar ese método? Qué tanto después del nacimiento de (NOMBRE)? - Por cuánto tiempo usó el método entonces? EN LA COLUMNA 2, ANOTE LOS CÓDIGOS PARA DISCONTINUACIÓN AL LADO DEL ÚLTIMO MES DE USO EN COLUMNA 1. EL NÚMERO DE CÓDIGOS ANOTADOS EN LA COLUMNA 2 DEBE SER IGUAL AL NÚMERO DE INTERRUPCIONES DEL MÉTODO USADO EN LA COLUMNA 1. PREGUNTE LA RAZÓN PARA DEJAR DE USAR EL MÉTODO. SI QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS USABA EL MÉTODO O SI INTENCIONALMENTE DEJÓ DE USAR EL MÉTODO PARA QUEDAR EMBARAZADA. * PREGUNTAS ILUSTRATIVAS: - Por qué dejó Ud. de usar el método? - Usted quedó embarazada mientras usaba (MÉTODO), o Ud. lo dejó para quedar embarazada, o lo dejó por otras razones? SI DELIBERADAMENTE DEJÓ DE USAR PARA QUEDAR EMBARAZADA, PREGUNTE: "Cuántos meses le tomó a Ud. quedar embarazada después de que dejó de usar (MÉTODO)?", ANOTE "0" EN CADA UNO DE LOS MESES EN COLUMNA 1.		
321	VERIFIQUE 312 Y 312A: PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE SI MENCIONÓ VARIOS EN 312/312A CIRCULE EL QUE ESTÉ MÁS ARRIBA EN LA LISTA	NO SE HIZO LA PREGUNTA PORQUE NO USA NINGÚN MÉTODO..... 00 → 329 ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 → 324 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 → 332 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN MENSUAL..... 05 INYECCIÓN TRIMESTRAL..... 06 IMPLANTE (IMPLANON, JADELLE)..... 07 ANILLO VAGINAL..... 08 CONDÓN..... 09 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... 10 AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... 11 → 322A ABSTINENCIA PERIÓDICA (RITMO)..... 12 → 322A RETIRO..... 13 → 332 PARCHE ANTICONCEPTIVO..... 14 OTRO..... 96 → 332 NO SABE..... 98	
322	¿Dónde obtuvo usted (MÉTODO), cuando comenzó a usarlo?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 03 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 06 SUPERMERCADO/TIENDA..... 07 OTRO: 96 NO SABE..... 98	
322A	¿Dónde aprendió a usar el ritmo/amenorrea por lactancia?		
323	VERIFIQUE 312/312A: PONGA UN CÍRCULO EN EL CÓDIGO DEL MÉTODO USADO ACTUALMENTE	PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN MENSUAL..... 05 INYECCIÓN TRIMESTRAL..... 06 IMPLANTES (IMPLANON, JADELLE)..... 07 ANILLO VAGINAL..... 08 CONDÓN..... 09 → 328 ESPUMAS, JALEAS, ÓVULOS (VAGINALES)..... 10 → 328 AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)..... 11 → 330 ABSTINENCIA PERIÓDICA (RITMO)..... 12 → 330 PARCHE ANTICONCEPTIVO..... 14	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
324	Ud. empezó a usar (MÉTODO ACTUAL) en (FECHA); ¿en ese momento le dijeron a Ud. de los efectos secundarios o complicaciones que Ud. podría tener con el método?	SI..... 1 NO..... 2	→ 326
325	¿A Ud. le dijeron qué hacer si llegaba a experimentar efectos secundarios o problemas?	SI..... 1 NO..... 2	
326	¿En el momento de empezar a usar el método, le hablaron acerca de otros métodos anticonceptivos que Ud. podía usar?	SI..... 1 NO..... 2	
328	¿Dónde le prescribieron u obtuvo usted (MÉTODO), la última vez?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 03 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... 06 SUPERMERCADO/TIENDA..... 07 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 332
329	¿Cuál es la principal razón por la que Ud. no está usando un método anticonceptivo para evitar un embarazo?	<u>NO EN UNIÓN</u> 01 <u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</u> NO TIENE RELACIONES SEXUALES..... 02 TIENE RELACIONES SEXUALES CON MUJERES..... 03 SEXO POCO FRECUENTE..... 04 MENOPAUSIA..... 05 HISTERECTOMÍA..... 06 INFERTILIDAD DEL HOMBRE O DE LA MUJER..... 07 POSPARTO/LACTANCIA..... 08 DESEA MÁS HIJOS..... 09 EMBARAZADA..... 10 <u>OPOSICIÓN A USAR</u> ENTREVISTADA SE OPONE..... 11 PAREJA SE OPONE..... 12 OTROS SE OPONEN/PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 13 PADRES SE OPONEN..... 14 <u>FALTA DE CONOCIMIENTO</u> NO CONOCE MÉTODOS..... 15 NO CONOCE FUENTE..... 16 <u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</u> PROBLEMAS DE SALUD..... 17 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS/USO INCONVENIENTE/INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 18 <u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 19 <u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 20 <u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 21 <u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 22 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 23 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... 24 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	→ 332

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS		PASE A
330	¿Sabe de un lugar donde se pueda obtener un método anticonceptivo?	SI..... 1 NO..... 2	→ 332
331	¿Cuál es ese lugar? Algún otro lugar? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... C CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F SUPERMERCADO/TIENDA..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
332	¿Alguna vez la han obligado a usar un método anticonceptivo en contra de su voluntad?	SI..... 1 NO..... 2	→ 334
333	¿Qué persona la obligó? ¿Alguna otra persona? MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXPAREJA..... C NOVIO..... D EXNOVIO..... E PAREJA..... F OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
334	¿Sabe Ud. que la EPS tiene la obligación de entregar el método anticonceptivo sin copago o cuota moderadora?	SI..... 1 NO..... 2	
335	¿En los últimos 12 meses usted ha sido visitada por un trabajador de salud para hablar sobre anticoncepción?	SI..... 1 NO..... 2	
336	¿En los últimos 12 meses ha tenido alguna consulta para el cuidado de su salud?	SI..... 1 NO..... 2	→ 401
337	¿En alguna de estas consultas le hablaron acerca de los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado?	SI..... 1 NO..... 2	

SECCIÓN 4. EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

401	VERIFIQUE 227: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DE 2010 <input type="checkbox"/> NINGÚN NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2010 <input type="checkbox"/> → PASE A 501																							
402	ANOTE EN LA TABLA EL NÚMERO DE ORDEN, NOMBRE Y CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA DE CADA NACIDO VIVO DESDE JUNIO DE 2009. HAGA LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE ESTOS NACIMIENTOS. COMIENCE CON EL ÚLTIMO NACIMIENTO (SI HAY MÁS DE DOS UTILICE LA SEGUNDA COLUMNA DEL CUESTIONARIO ADICIONAL). Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de los embarazos de sus hijos nacidos vivos en los últimos cinco años. Hablemos de cada uno de ellos, uno a uno.																							
403	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>																					
404	DE LA PREGUNTA 214 (VEA NOMBRE) DE LA PREGUNTA 218 (SI ESTÁ VIVO O MUERTO)	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																					
405	¿Cuándo Ud. quedó embarazada de (NOMBRE) quería quedar embarazada en ese momento, quería tenerlo más tarde o no quería tener más hijos?	EN ESE MOMENTO..... 1 → 407 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 → 407	EN ESE MOMENTO..... 1 → 440 MÁS TARDE..... 2 NO QUERÍA MAS..... 3 → 440																					
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar?	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998	MESES..... 1 <input type="text"/> AÑOS..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 998																					
407	¿Cuándo Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? Si, "SI" ¿Con quién se chequeó? ¿Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO(A)..... A ENFERMERO(A)..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO TUVO CONTROL..... Y → 416																						
408	¿Dónde tuvo lugar la atención prenatal?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)																						
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando recibió su primer control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																						
410	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante ese embarazo?	No. DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98																						
411	VERIFIQUE 410 NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL	UNA VEZ <input type="checkbox"/> (PASE A 413) MÁS DE UNA VEZ O NS/NR <input type="checkbox"/>																						
412	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?	MESES..... <input type="text"/> NO SABE..... 98																						
413	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente: a. ¿La pesaron? b. ¿Le midieron la altura uterina ? c. ¿Le tomaron la presión arterial? d. ¿Le pidieron una muestra de orina? e. ¿Le tomaron una muestra de sangre? f. ¿Escuchó los latidos del corazón del bebé?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PESO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALTURA UTERINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRESIÓN ARTERIAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE ORINA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MUESTRA DE SANGRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LATIDOS DEL CORAZÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	PESO.....	1	2	ALTURA UTERINA.....	1	2	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	MUESTRA DE ORINA.....	1	2	MUESTRA DE SANGRE.....	1	2	LATIDOS DEL CORAZÓN.....	1	2
	SI	NO																						
PESO.....	1	2																						
ALTURA UTERINA.....	1	2																						
PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2																						
MUESTRA DE ORINA.....	1	2																						
MUESTRA DE SANGRE.....	1	2																						
LATIDOS DEL CORAZÓN.....	1	2																						
414	¿Le explicaron acerca de las complicaciones físicas y de los cambios emocionales que se pueden presentar en el embarazo? Si "SI" PREGUNTE: ¿Acerca de las complicaciones físicas o acerca de los cambios emocionales?	COMPLICACIONES FÍSICAS..... A CAMBIOS EMOCIONALES..... B NINGUNA..... C NO RECUERDA..... Z → 417																						
415	¿Le dijeron a dónde ir si llegaba a presentar estas complicaciones o cambios emocionales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 8 → 417																						

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
416	¿Por qué no se hizo control del embarazo? ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	<u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... A <u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... B <u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... C <u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... D <u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (MIEDO, TEMOR, NO SE SINTIÓ ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE)..... E <u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO NO LA DEJARON)..... F NO ESTABA AFILIADA/NO TENÍA CARNÉ..... G NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... H OTRA:..... X	
417	¿Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) le aplicaron alguna vacuna para prevenir al bebé contra el tétanos, es decir, convulsiones después del nacimiento?	SI..... 1 NO..... 2 → 419 NO SABE..... 8 → 419	
418	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron (de) esa vacuna? ESCRIBA 7 SI SON 7 O MÁS DOSIS	VECES/DOSIS..... <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
419	¿Durante este embarazo, le prescribieron hierro?	SI..... 1 NO..... 2 → 422 NO SABE..... 8 → 422	
420	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el hierro?	SI..... 1 NO..... 2 → 422 NO ESTÁ(ESTABA) AFILIADA..... 3 → 422	
421	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó hierro?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
422	¿Durante este embarazo, le prescribieron suplementos de calcio?	SI..... 1 NO..... 2 → 425 NO SABE..... 8 → 425	
423	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el suplemento de calcio?	SI..... 1 NO..... 2 → 425 NO ESTÁ(ESTABA) AFILIADA..... 3 → 425	
424	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó suplementos de calcio?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
425	¿Durante este embarazo le prescribieron ácido fólico?	SI..... 1 NO..... 2 → 428 NO SABE..... 8 → 428	
426	¿La institución a la que se encuentra (encontraba) afiliada le entregó el ácido fólico?	SI..... 1 NO..... 2 → 428 NO ESTÁ(ESTABA) AFILIADA..... 3 → 428	
427	¿Durante todo el embarazo, por cuántos meses tomó ácido fólico?	NÚMERO DE MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA..... 98	
428	¿Durante este embarazo, usted consumió bebidas alcohólicas?	SI..... 1 NO..... 2 → 430	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO
		NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
429	¿Cuántos tragos se tomaba a la semana?	No. DE TRAGOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> DE VEZ EN CUANDO..... 00	
430	¿Durante este embarazo, usted fumó?	SI..... 1 NO..... 2 → 432	
431	¿Cuántos cigarrillos se fumaba al día?	No. DE CIGARRILLOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> DE VEZ EN CUANDO..... 00	
432	¿Durante este embarazo, Ud. consumió sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis, etc.,?	SI..... 1 NO..... 2 → NO RESPONDE..... 8 → 435	
433	¿Qué sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, cocaína, heroína, éxtasis consumió? ¿Alguna otra sustancia? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MARIHUANA..... A BAZUCO..... B COCAÍNA..... C OTRA: X (ESPECIFIQUE)	
434	¿Con qué frecuencia consumió la sustancia que más ha utilizado?	DIARIO..... 1 SEMANAL..... 2 QUINCENAL..... 3 MENSUAL..... 4 DE VEZ EN CUANDO..... 5 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE) NO RESPONDE..... 8	
435	¿Durante este embarazo, tomó algún medicamento contra el paludismo o la malaria?	SI..... 1 NO..... 2 → NO SABE..... 8 → 437	
436	¿Qué medicamento fue ese? ¿Algún otro medicamento? MARQUE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE MENCIONE	CLOROQUINA (ARALEN)..... A AMODIAQUINA..... B SULFAPIRIMETAMINA (FALCIDAR)..... C PRIMAQUINA (NEOQUIPENIL)..... D OTRA: X (ESPECIFIQUE) NO SABE..... Z	
437	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), estuvo hospitalizada? Si, "SI", ¿Cuánto tiempo?	MENOS DE 1 DÍA..... 000 No. DÍAS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO..... 995 → 439	
438	¿Por qué estuvo hospitalizada? ¿Alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	INFECCIÓN..... A SANGRADO..... B HIPERTENSIÓN..... C ATAQUES O CONVULSIONES..... D AMENAZA DE ABORTO..... E RUPTURA DE MEMBRANAS..... F VIOLENCIA INTRAFAMILIAR..... G PROBLEMAS CON EL BEBE..... H ENFERMEDAD DE LA MADRE (DOLOR DE CABEZA, GASTRITIS)..... I PREECLAMPSIA..... J OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
439	¿Dónde tuvo lugar el parto?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA UNA EPS..... 3 PROPIO HOGAR / OTRO HOGAR..... 4 → 442 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
440	¿(NOMBRE) nació por operación cesárea?	SI..... 1 NO..... 2 → 443	SI..... 1 NO..... 2 → 443
441	¿La cesárea fue por urgencia o programada?	URGENCIA..... 1 → PROGRAMADA..... 2 → 443	URGENCIA..... 1 → PROGRAMADA..... 2 → 443

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____																		
442	<p>¿Por qué no tuvo el parto en algún hospital o servicio de salud?</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... A</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... B</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... C</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... D</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (MIEDO, TEMOR, NO SE SENTIÓ ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE)..... E</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... F</p> <p>NO ESTABA AFILIADA/NO TENÍA CARNÉ..... G</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... H</p> <p>OTRA:..... X</p>																			
443	<p>¿Quién le atendió el parto de (NOMBRE)?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>TRATE DE CONSEGUIR EL TIPO DE PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y MARQUE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON</p>	<p>MÉDICO(A)..... A</p> <p>ENFERMERO(A)..... B</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C</p> <p>COMADRONA/PARTERA..... D</p> <p>PARIENTE/AMIGA..... E</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>NADIE..... Y</p>	<p>MÉDICO(A)..... A</p> <p>ENFERMERO(A)..... B</p> <p>AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C</p> <p>COMADRONA/PARTERA..... D</p> <p>PARIENTE/AMIGA..... E</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>NADIE..... Y</p>																		
444	<p>En el momento del nacimiento de (NOMBRE), usted tuvo alguna de las siguientes complicaciones:</p> <p>a. ¿Labor prolongada, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas?.....</p> <p>b. ¿Sangrado excesivo después del parto?.....</p> <p>c. ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que olía mal?.....</p> <p>d. ¿Convulsiones no causadas por fiebre?.....</p> <p>e. ¿Alguna otra complicación?.....</p> <p>Si "SI", ¿Qué tipo de complicación?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>LABOR PROLONGADA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANGRADO EXCESIVO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIEBRE CON SANGRADO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONVULSIONES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OTRA:.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		SI	NO	LABOR PROLONGADA.....	1	2	SANGRADO EXCESIVO.....	1	2	PIEBRE CON SANGRADO.....	1	2	CONVULSIONES.....	1	2	OTRA:.....	1	2	
	SI	NO																			
LABOR PROLONGADA.....	1	2																			
SANGRADO EXCESIVO.....	1	2																			
PIEBRE CON SANGRADO.....	1	2																			
CONVULSIONES.....	1	2																			
OTRA:.....	1	2																			
445	<p>¿(NOMBRE) nació prematuro(a)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																		
446	<p>¿Cuántas semanas de embarazo tenía Ud. cuando nació (NOMBRE)?</p>	<p>No. DE SEMANAS..... <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>No. DE SEMANAS..... <input type="text"/><input type="text"/></p>																		
447	<p>¿A (NOMBRE) lo(a) pesaron cuando nació?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8 → 449</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8 → 449</p>																		
448	<p>¿Cuánto pesó (NOMBRE)?</p> <p>SOLICITE QUE LE MUESTREN EL CARNÉ DE NACIMIENTO</p>	<p>GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO SABE/NO RECUERDA..... 99998</p>	<p>GRAMOS DEL CARNÉ..... 1 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>GRAMOS SEGÚN RECUERDA..... 2 <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO SABE/NO RECUERDA..... 99998</p>																		
449	<p>¿A (NOMBRE) lo(a) midieron cuando nació?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8 → 451</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8 → 455</p>																		
450	<p>¿Cuánto midió (NOMBRE) al nacer?</p>	<p>CENTÍMETROS..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>	<p>CENTÍMETROS..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 98</p>																		
451	<p>¿A los cuántos días o semanas después del nacimiento, (NOMBRE) tuvo su primer control?</p>	<p>DÍAS DESPUÉS NAC..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SEMANAS DESPUÉS NAC..... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO LO(LA) LLEVO A CONTROL..... 997</p> <p>NO SABE..... 998</p>																			

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
452	Como consecuencia del parto, durante los 40 días después del parto, tuvo usted alguno de los siguientes problemas: a. ¿Sangrado intenso de la vagina?..... b. ¿Desmayo o pérdida de conciencia?..... c. ¿Fiebre, temperatura alta o escalofríos?..... d. ¿Infección de los senos?..... e. ¿Dolor y ardor al orinar?..... f. ¿Flujos o líquidos vaginales?..... g. ¿Pérdida involuntaria de orina?..... h. ¿Depresión posparto?.....	<div style="text-align: right;">SI NO</div> SANGRADO INTENSO..... 1 2 DESMAYO..... 1 2 FIEBRE O ESCALOFRÍOS..... 1 2 INFECCIÓN DE LOS SENOS..... 1 2 DOLOR AL ORINAR..... 1 2 FLUJOS VAGINALES..... 1 2 PÉRDIDA ORINA..... 1 2 DEPRESIÓN POSTPARTO..... 1 2	
453	VERIFIQUE 452:	AL MENOS UN SI <input type="checkbox"/> NINGUN SI <input type="checkbox"/> (PASE A 455)	
454	¿Cuando tuvo esa(s) complicación(es) recibió atención médica?	SI..... 1 NO..... 2	
455	¿Tuvo Ud. algún control médico después del parto de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 459	SI..... 1 NO..... 2 → 461
456	¿A los cuántos días o semanas después del nacimiento de (NOMBRE) tuvo lugar el primer control?	DÍAS DESPUÉS NAC..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANAS DESPUÉS NAC..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE..... 998	
457	¿Quién chequeó su salud en ese momento? ¿Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIO	MÉDICO(A)..... A ENFERMERO(A)..... B AUXILIAR DE ENFERMERÍA..... C COMADRONA/PARTERA..... D OTRA:..... X (ESPECIFIQUE)	
458	¿Dónde tuvo lugar este chequeo?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
458A	¿Recibió información sobre anticoncepción postparto?	SI..... 1 NO..... 2 → 460	
458B	¿En qué momento recibió la información?	ANTES DEL PARTO..... 1 EN EL MOMENTO DEL PARTO..... 2 EN UN CONTROL POSTPARTO..... 3	
458C	¿Tuvo acceso al método anticonceptivo postparto inmediato?	SI..... 1 NO..... 2 → 460	

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
459	<p>¿Por qué no se hizo control después del parto?</p> <p>¿Por alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... A</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... B</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... C</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... D</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (MIEDO, TEMOR, NO SE SINTIÓ ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, NO SABÍA QUE TENÍA QUE HACERSE CONTROL)..... E</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... F</p> <p>NO ESTABA AFILIADA/NO TENÍA CARNÉ..... G</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... H</p> <p>OTRA:..... X</p>	
460	¿Le ha vuelto la regla (el período) después del nacimiento de (NOMBRE)?	<p>SI..... 1 → 462</p> <p>NO..... 2 → 463</p>	
461	¿Le volvió su regla (período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 465</p>
462	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	<p>MESES..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO RECUERDA..... 98</p>	<p>MESES..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO RECUERDA..... 98</p>
463	<p>VERIFIQUE 229</p> <p>ENTREVISTADA EMBARAZADA?</p>	<p>229=2 NO EMBARAZADA</p> <p>229=1,8 EMBARAZADA O INSEGURA</p> <p>(PASE A 465)</p>	
464	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 466</p>	
465	¿Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MESES..... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO RECUERDA..... 998</p>	<p>DÍAS..... 1 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>MESES..... 2 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>NO RECUERDA..... 998</p>
466		VAYA A 405 EN LA SIG. COLUMNA SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 501	VAYA A 405 EN LA SIG. COLUMNA SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 501

	NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 214	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
459	¿Por qué no se hizo control después del parto? ¿Por alguna otra razón? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	<u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... A <u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... B <u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... C <u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... D <u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (MIEDO, TEMOR, NO SE SINTIÓ ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, NO SABÍA QUE TENÍA QUE HACERSE CONTROL)..... E <u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... F NO ESTABA AFILIADA/NO TENÍA CARNÉ..... G NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... H OTRA:..... X	
460	¿Le ha vuelto la regla (el período) después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 → 462 NO..... 2 → 463	
461	¿Le volvió su regla (período) entre el nacimiento de (NOMBRE) y el siguiente embarazo?		SI..... 1 NO..... 2 → 465
462	¿A los cuántos meses después del nacimiento de (NOMBRE) le volvió la regla (el período)?	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98	MESES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 98
463	VERIFIQUE 229 ENTREVISTADA EMBARAZADA?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 229=2 NO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 465) </div> <div> 229=1,8 EMBARAZADA O INSEGURA <input type="checkbox"/> ↓ (PASE A 465) </div> </div>	
464	¿Ha vuelto usted a tener relaciones sexuales después del nacimiento de (NOMBRE)?	SI..... 1 NO..... 2 → 466	
465	¿Al cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) Ud. volvió a tener relaciones sexuales?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998	DÍAS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MESES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO RECUERDA..... 998
466		VAYA A 405 EN LA SIG. COLUMNA SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 501	VAYA A 405 EN LA SIG. COLUMNA SI NO HAY MÁS NACIMIENTOS PASE A 501

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	<p>Ahora le voy a hacer unas preguntas que tienen que ver con la educación que usted recuerda haber recibido a lo largo de su vida con respecto a la sexualidad.</p> <p>Antes de continuar, me puede decir para Ud. la sexualidad es:</p> <p>TENER RELACIONES SEXUALES..... 1</p> <p>HACER EL AMOR..... 2</p> <p>COMO UNO SE VE, SE SIENTE Y SE COMPORTA..... 3</p> <p>TENER SEXO PARA TENER HIJOS/AS..... 4</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>NO SABE..... 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>		
502	<p>¿Alguna vez en la vida ha recibido u obtenido información sobre temas o asuntos relacionados con la sexualidad?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	600
<p>Me gustaría preguntarle acerca de algunos temas específicos sobre los cuales ha recibido u obtenido información acerca de la sexualidad</p>			
<p>503 Sobre cuáles de los siguientes temas ha recibido u obtenido información:</p> <p>SI NO</p> <p>1 2→</p> <p>1 2→</p> <p>1 2→</p> <p>RELACIONES INTERPERSONALES</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>4 ¿Relaciones afectivas?..... 1 2→</p> <p>5 ¿Comunicación afectiva y resolución de conflictos?..... 1 2→</p> <p>6 ¿Equidad de género?..... 1 2→</p> <p>DECISIONES SEXUALES</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>7 ¿Placer y erotismo?..... 1 2→</p> <p>8 ¿Orientación sexual?..... 1 2→</p> <p>9 ¿Exigencia del uso del condón?..... 1 2→</p> <p>DECISIONES REPRODUCTIVAS</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>10 ¿Tener o no hijos?..... 1 2→</p> <p>11 ¿Uso de métodos?..... 1 2→</p> <p>12 ¿Derecho a la interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE?..... 1 2→</p> <p>AUTOCUIDADO, MUTUOCUIDADO Y SOCIOCUIDADO</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>13 ¿Prácticas sexuales seguras?..... 1 2→</p> <p>14 ¿Violencia basada en el género - VBG? (p. ej. abuso sexual, acoso, discriminación, violencia sexual)..... 1 2→</p> <p>DERECHOS HUMANOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>15 ¿A quién acudir para obtener información sobre asuntos relacionados con la sexualidad?..... 1 2→</p> <p>16 ¿Qué servicios y recursos de apoyo en SSR hay disponibles?..... 1 2→</p> <p>17 ¿Cuáles son los mecanismos para denunciar situaciones de vulneración de Derechos Sexuales y Reproductivos (salud, SSR, violencia contra las mujeres)?..... 1 2→</p>			
<p>504 ¿A qué edad recuerda haber recibido u obtenido la inform. por primera vez?</p> <p>SI NO</p> <p>1 2→</p> <p>1 2→</p> <p>1 2→</p> <p>RELACIONES SEXUALES</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>4 ¿Relaciones afectivas?..... 1 2→</p> <p>5 ¿Comunicación afectiva y resolución de conflictos?..... 1 2→</p> <p>6 ¿Equidad de género?..... 1 2→</p> <p>DECISIONES SEXUALES</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>7 ¿Placer y erotismo?..... 1 2→</p> <p>8 ¿Orientación sexual?..... 1 2→</p> <p>9 ¿Exigencia del uso del condón?..... 1 2→</p> <p>DECISIONES REPRODUCTIVAS</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>10 ¿Tener o no hijos?..... 1 2→</p> <p>11 ¿Uso de métodos?..... 1 2→</p> <p>12 ¿Derecho a la interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE?..... 1 2→</p> <p>AUTOCUIDADO, MUTUOCUIDADO Y SOCIOCUIDADO</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>13 ¿Prácticas sexuales seguras?..... 1 2→</p> <p>14 ¿Violencia basada en el género - VBG? (p. ej. abuso sexual, acoso, discriminación, violencia sexual)..... 1 2→</p> <p>DERECHOS HUMANOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</p> <p>Ha recibido información sobre:</p> <p>15 ¿A quién acudir para obtener información sobre asuntos relacionados con la sexualidad?..... 1 2→</p> <p>16 ¿Qué servicios y recursos de apoyo en SSR hay disponibles?..... 1 2→</p> <p>17 ¿Cuáles son los mecanismos para denunciar situaciones de vulneración de Derechos Sexuales y Reproductivos (salud, SSR, violencia contra las mujeres)?..... 1 2→</p>			
<p>505 ¿Desde la familia o obtuve información sobre (tema) la primera vez?</p> <p>FAMILIA..... 01</p> <p>INST. EDUCATIVAS..... 02</p> <p>INST. DE SALUD..... 03</p> <p>CONOCIENDO AMIGOS..... 04</p> <p>COMUNIDAD..... 05</p> <p>M. DE COMUNICACIÓN..... 06</p> <p>OTRO, CUAL?..... 96</p> <p>506 ¿A través de qué medio masivo de comunicación recibió información por primera vez?</p> <p>RADIO..... 01</p> <p>PRENSA..... 02</p> <p>TELEVISIÓN..... 03</p> <p>IMPRESOS..... 04</p> <p>INTERNET..... 05</p> <p>REDES SOCIALES..... 06</p> <p>CELULAR (M. DE TEXT)..... 07</p> <p>OTRO, CUAL?..... 96</p>			

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
508	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted ha tenido la oportunidad de participar en actividades de educación relacionadas con la sexualidad en instituciones educativas?	NUNCA..... 1 1 A 3 VECES AL AÑO..... 2 4 A 6 VECES AL AÑO..... 3 7 A 9 VECES AL AÑO..... 4 10 O MÁS VECES AL AÑO..... 5 NO RECUERDA..... 8	
509	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted ha tenido la oportunidad de participar en actividades de educación relacionadas con la sexualidad en la comunidad?	NUNCA..... 1 1 A 3 VECES AL AÑO..... 2 4 A 6 VECES AL AÑO..... 3 7 A 9 VECES AL AÑO..... 4 10 O MÁS VECES AL AÑO..... 5 NO RECUERDA..... 8	
509A	VERIFIQUE 508 Y 509: HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	NO HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> 508=1 Y 509=1	511
510	En general ¿qué tanto le han servido las actividades de educación para la sexualidad en las que usted ha participado en los últimos 12 meses para: HAGA USO DE LA TARJETA a. Aclarar dudas?..... b. Adquirir conocimientos?..... c. Aclarar sus propios valores, creencias y actitudes?..... d. Desarrollar habilidades para tomar decisiones?..... e. Comprender y respetar lo que piensan y sienten otras personas?..... f. Aprender a comunicar sus opiniones, intereses y expectativas a otras personas?..... g. Saber a quién, dónde y cómo solicitar ayuda o exigir sus derechos?.....	MUCHO POCO NADA 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1	
511	¿Qué tanto cree que a lo largo de su vida le ha hecho falta más información y educación relacionada con la sexualidad?	NADA 1 POCO..... 2 MUCHO..... 3	
512	Ahora le voy a leer una serie de frases acerca de la educación para la sexualidad. Por favor dígame si Ud. esta de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o está en desacuerdo con cada una de las frases: HAGA USO DE LA TARJETA a. La familia es la única que debe brindar educación relacionada con asuntos sexuales a niñas, niños y adolescentes..... b. Los materiales que se usan en los programas de educación para la sexualidad son vulgares..... c. La educación para la sexualidad es la responsable de tanto embarazo en la adolescencia..... d. A las personas sólo se les debe hablar de anticoncepción cuando comienzan a tener relaciones sexuales..... e. Como parte de los procesos de educación para la sexualidad, se entreguen condones a las(os) adolescentes y jóvenes entre 12 y 14 años..... f. La educación para la sexualidad debe darse a partir de la adolescencia, antes las niñas y los niños son demasiado jóvenes para entender esas cosas..... g. Para evitar las infecciones de transmisión sexual se debe dar educación para la sexualidad desde el preescolar..... h. La educación para la sexualidad promueve el respeto por todas las personas independientemente de su sexo, género u orientación sexual..... i. La educación para la sexualidad aumenta la curiosidad de las niñas y los niños por cosas que no deben saber a su edad..... j. Se debe enseñar a los niños y niñas entre 12 y 14 años acerca de cómo usar un condón para evitar infectarse con el virus que causa el SIDA.	DE NI DE ACUERDO EN ACUERDO NI EN DESACUERDO DESACUERDO 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1	

SECCIÓN 6. NUPCIALIDAD Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EMBARAZO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A				
	Las preguntas que le voy a hacer a continuación están relacionadas con su orientación sexual y estado conyugal						
600	¿Usted es heterosexual, homosexual o bisexual?	HETEROSEXUAL..... 1 HOMOSEXUAL..... 2 BISEXUAL..... 3					
601	¿Actualmente Ud. está casada o vive en unión libre? Si "SI": ¿Casada o en unión libre?	SI, ACTUALMENTE CASADA..... 1 SI, EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO, NO EN UNIÓN..... 3	→ 604				
602	¿Usted ha estado casada o ha vivido en unión libre? Si "SI": ¿Casada o en unión libre?	SI, ESTUVO CASADA..... 1 SI, VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE..... 2 NO..... 3	→ 616				
603	¿Cuál es su estado conyugal actual: viuda, separada o divorciada?	VIUDA..... 1 SEPARADA..... 2 DIVORCIADA..... 3	→ 606				
604	¿Su pareja vive con usted ahora o permanece en otro sitio?	VIVE CON ELLA..... 1 VIVE EN OTRO SITIO..... 2					
605	ANOTE EL NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PAREJA DEL CUESTIONARIO DE HOGAR. SI NO ESTÁ LISTADO EN EL HOGAR, ESCRIBA "00". NOMBRE: No. ORDEN.....						
606	¿Con cuántas parejas ha estado casada o en unión libre?	No. DE PAREJAS.....					
		PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	
607	¿En qué mes y año empezó a vivir con su (número) pareja? SI NO SABE AÑO PASE A 607B	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	
607B	¿Cuántos años tenía Ud. cuando empezaron a vivir juntos?	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	
608	¿Cuál es(era) el sexo de esta pareja?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS 3 MUJER TRANS... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS 3 MUJER TRANS... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS 3 MUJER TRANS... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS 3 MUJER TRANS... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS 3 MUJER TRANS... 4	
609	¿Cuántos años tenía su (número) pareja cuando empezaron a vivir juntos?	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	EDAD.....	
610	¿En qué tipo de unión empezó a vivir con su (número) pareja ?	MATRIMONIO.... 1 (PASE A P. 613) ← UNIÓN LIBRE.... 2	MATRIMONIO.... 1 (PASE A P. 613) ← UNIÓN LIBRE.... 2	MATRIMONIO.... 1 (PASE A P. 613) ← UNIÓN LIBRE.... 2	MATRIMONIO.... 1 (PASE A P. 613) ← UNIÓN LIBRE.... 2	MATRIMONIO.... 1 (PASE A P. 613) ← UNIÓN LIBRE.... 2	
611	¿Usted se casó posteriormente con su (número) pareja ?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 613) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 613) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 613) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 613) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 613) ←	
612	¿En qué mes y año se casó con su (número) pareja ?	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	
613	¿Aún vive con su (número) pareja ?	SI..... 1 (PASE A SIG. COL. ← SI NO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A SIG. COL. ← SI NO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A SIG. COL. ← SI NO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A SIG. COL. ← SI NO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616) NO..... 2	SI..... 1 (PASE A SIG. COL. ← SI NO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616) NO..... 2	
614	¿En qué mes y año dejó de vivir con su (número) pareja ?	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	MES..... AÑO.....	
615	Cuál fue la razón por la que dejó de vivir con su (número) pareja :	VIUDEZ..... 1 SEPARACIÓN.... 2 DIVORCIO..... 3	VIUDEZ..... 1 SEPARACIÓN.... 2 DIVORCIO..... 3	VIUDEZ..... 1 SEPARACIÓN.... 2 DIVORCIO..... 3	VIUDEZ..... 1 SEPARACIÓN.... 2 DIVORCIO..... 3	VIUDEZ..... 1 SEPARACIÓN.... 2 DIVORCIO..... 3	
		PASE A SIG. COL. SINO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616	PASE A SIG. COL. SINO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616	PASE A SIG. COL. SINO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616	PASE A SIG. COL. SINO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616	PASE A SIG. COL. SINO HAY MÁS PAREJAS PASE A P.616	
616	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de la vida en pareja VERIFIQUE 201 Y 208: SI ALGUNA VEZ HA TENIDO UN(A) HIJA(O) PASE A 616A ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales?	SI..... 1 NO..... 2					→ 617

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
616A	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales vaginales sin condón?	SI..... 1 NO..... 2	
617	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales anales?	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	618
617A	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales anales sin condón?	SI..... 1 NO..... 2	
618	¿Alguna vez ha tenido encuentros, acercamientos o relaciones sexuales con otra mujer?	SI..... 1 NO..... 2	
619	VERIFIQUE 616: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=1 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=2		621
620	¿Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS..... CUANDO SE CASÓ/UNIÓ LA PRIMERA VEZ..... 95	
621	VERIFIQUE 104: 13 A 24 AÑOS <input type="checkbox"/> 25 A 49 AÑOS <input type="checkbox"/>		623
622	VERIFIQUE 104 y 616: 13-17 AÑOS <input type="checkbox"/> 18-24 AÑOS <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO REL. SEXUALES ¿Se ha sentido presionada por sus amigas para iniciar R.S.? HA TENIDO R.S. ¿Se sintió presionada por sus amigas para iniciar R.S.? NO HA TENIDO REL. SEXUALES ¿Se ha sentido presionada por sus amigas para iniciar R.S. antes de los 18 años? HA TENIDO R.S. ¿Se sintió presionada por sus amigas para iniciar R.S. antes de los 18 años?	NINGUNA PRESIÓN 1 PRESIÓN DE ALGUNAS AMIGAS (MENOS DE LA MITAD) 2 PRESIÓN DE MUCHAS DE MIS AMIGAS (MÁS DE LA MITAD) 3 MUY PRESIONADA POR TODAS MIS AMIGAS 4	
623	VERIFIQUE EN 601 Y 602: ESTADO CONYUGAL Y 616: HA TENIDO RELACIONES SEXUALES NUNCA UNIDA Y NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> NUNCA UNIDA Y UNIDA QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/>		626
624	VERIFIQUE 104: EDAD 13-24 <input type="checkbox"/> EDAD 25-49 <input type="checkbox"/>		648
625	¿Planea usted esperar hasta casarse para tener relaciones sexuales por primera vez?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	648
626	VERIFIQUE 104: EDAD 13-24 <input type="checkbox"/> EDAD 25-49 <input type="checkbox"/>		633
627	¿La primera vez que tuvo relaciones sexuales su pareja usó condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
628	¿Cuál era el sexo de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 TRANSGÉNERO..... 3	
629	¿Cuál era la edad de la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	EDAD EN AÑOS..... NO SABE/NO RECUERDA..... 98	633
630	¿Esta persona era mayor que usted, más joven o tenía la misma edad?	MAYOR 1 MÁS JOVEN..... 2 MÁS O MENOS LA MISMA EDAD..... 3 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	632 633
631	¿Ud. diría que esta persona era 10 o más años mayor que usted o menos de 10 años mayor que usted?	10 O MÁS AÑOS MAYOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MAYOR..... 2 MAYOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8	633
632	¿Ud. diría que esta persona era 10 o más años menor que usted o menos de 10 años menor que usted?	10 O MÁS AÑOS MENOR..... 1 MENOS DE 10 AÑOS MENOR..... 2 MENOR, NO SABE CUANTOS AÑOS..... 8	
633	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca de su actividad sexual reciente. Le aseguro que sus respuestas son estrictamente confidenciales y nadie tendrá acceso a ellas. Si hay alguna pregunta que Ud. no quiera contestar me lo dice y pasaremos a la próxima pregunta.		
634	¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales? ANOTE DÍAS, SEMANAS O MESES SI LA ÚLTIMA RELACIÓN FUE HACE MENOS DE 12 MESES ANOTE AÑOS SÓLO SI LA ÚLTIMA RELACIÓN FUE HACE UNO O MÁS AÑOS	DÍAS..... 1 SEMANAS..... 2 MESES..... 3 AÑOS..... 4 NO RESPONDE..... 997	647

		ÚLTIMA PAREJA SEXUAL	PENÚLTIMA PAREJA SEXUAL	ANTEPENÚLTIMA PAREJA SEXUAL
635	¿Cuándo fue la última vez que Ud. tuvo relaciones sexuales con su penúltima(antepenúltima) pareja?		DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/>
636	¿La última vez que tuvo relaciones con su (penúltima/antepenúltima) pareja, él usó condón?	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 8 → 638	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 8 → 638	SI..... 1 NO..... 2 <input type="text"/> NO SABE..... 8 → 638
637	¿Su pareja usó condón cada vez que tuvo relaciones sexuales con Ud. en los últimos doce meses?	SI..... 1 → 639 NO..... 2	SI..... 1 → 639 NO..... 2	SI..... 1 → 639 NO..... 2
638	¿Cuál fue la principal razón por la cual su pareja no uso condón?	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 PAREJA NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 PAREJA NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	PAREJA ESTABLE..... 01 NO ES CÓMODO EN LA RELACIÓN..... 02 UTILIZA OTRO MÉTODO..... 03 PAREJA NO LE GUSTA USARLO..... 04 DIFICULTAD PARA CONSEGUIRLO..... 05 CREE QUE NO ES SEGURO... 06 VA EN CONTRA DE SUS CREENCIAS RELIGIOSAS..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)
639	¿Cuál es su relación con la persona con quien tuvo relaciones sexuales? SI ES EL "NOVIO" PREGUNTE: ¿Estaba su novio viviendo con Ud. cuando tuvo relaciones sexuales? SI "SI", MARQUE "1" SI "NO", MARQUE "2"	PAREJA ESTABLE..... 1 NOVIO QUE NO VIVE CON ENTREVISTADA..... 2 PAREJA CASUAL (AMIGO)..... 3 EXESPOSO/ EXCOMPAÑERO..... 4 TRABAJADOR SEXUAL 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 642) ←	PAREJA ESTABLE..... 1 NOVIO QUE NO VIVE CON ENTREVISTADA..... 2 PAREJA CASUAL (AMIGO)..... 3 EXESPOSO/ EXCOMPAÑERO..... 4 TRABAJADOR SEXUAL 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 642) ←	PAREJA ESTABLE..... 1 NOVIO QUE NO VIVE CON ENTREVISTADA..... 2 PAREJA CASUAL (AMIGO)..... 3 EXESPOSO/ EXCOMPAÑERO..... 4 TRABAJADOR SEXUAL 5 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE) (PASE A 642) ←
640	VERIFIQUE 606:	CASADA/ UNIDA SOLO UNA VEZ 606=1 <input type="text"/> CASADA/ UNIDA MÁS DE UNA VEZ 606>1 <input type="text"/> (PASE A 642) ↓	CASADA/ UNIDA SOLO UNA VEZ 606=1 <input type="text"/> CASADA/ UNIDA MÁS DE UNA VEZ 606>1 <input type="text"/> (PASE A 642) ↓	CASADA/ UNIDA SOLO UNA VEZ 606=1 <input type="text"/> CASADA/ UNIDA MÁS DE UNA VEZ 606>1 <input type="text"/> (PASE A 642) ↓
641	VERIFIQUE 620: EDAD CUANDO TUVÓ LA PRIMERA R.S.	PRIMERA VEZ QUE EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMERA PAREJA <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 643) ↓	PRIMERA VEZ QUE EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMERA PAREJA <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 643) ↓	PRIMERA VEZ QUE EMPEZÓ A VIVIR CON PRIMERA PAREJA <input type="text"/> OTRO <input type="text"/> (PASE A 643) ↓
642	¿Cuánto tiempo hace que tuvo la primera relación sexual con esta (penúltima/ antepenúltima) persona?	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>	DÍAS..... 1 <input type="text"/> SEMANAS..... 2 <input type="text"/> MESES..... 3 <input type="text"/> AÑOS..... 4 <input type="text"/>
643	¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses tuvo relaciones sexuales con esta persona? SI LA RESPUESTA ES NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE VECES ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95"	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO RESPONDE..... 97	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO RESPONDE..... 97	No. DE VECES..... <input type="text"/> NO RESPONDE..... 97
644	¿Cuál es la edad de esta persona?	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NS/NR..... 98	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NS/NR..... 98	EDAD EN AÑOS..... <input type="text"/> NS/NR..... 98
645	¿Además de (esta persona/ estas dos personas) ha tenido relaciones sexuales con alguien más en los últimos doce meses?	SI..... 1 <input type="text"/> (PASE A 635 PROX. COLUMNA) ← NO..... 2 → 647	SI..... 1 <input type="text"/> (PASE A 635 PROX. COLUMNA) ← NO..... 2 → 647	
646	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales en los últimos 12 meses (incluyendo a su pareja)? SI LA RESPUESTA ES NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PERSONAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95"			No. DE PAREJAS ÚLTIMOS 12 MESES..... <input type="text"/> NO SABE/NO INFORMA... 98

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
647	¿En total, con cuántas personas diferentes ha tenido Ud. relaciones sexuales durante toda la vida? SI LA RESPUESTA ES NO NUMÉRICA: TRATE DE OBTENER UNA ESTIMACIÓN. SI EL NÚMERO DE PERSONAS ES 95 O MÁS, ESCRIBA "95"	No. DE PAREJAS..... NO SABE/NR/NO INFORMA..... 98	
648	¿Sabe de un lugar donde se puedan conseguir condones?	SI..... 1 NO..... 2	650
649	¿Cuál es ese lugar? ¿Algún otro sitio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... C CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F TIENDA/SUPERMERCADO..... G LUGARES PÚBLICOS/MOTELES..... H OTRO:..... X	
650	¿Si Ud. quiere, Ud. misma puede conseguir un condón?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/INSEGURA..... 8	
651	Ahora necesito hacerle algunas preguntas acerca del aborto. Si hay alguna pregunta que Ud. no quiera contestar me lo dice y pasaremos a la siguiente pregunta.		
652	En Colombia el aborto es legal: ¿en todos los casos, sólo en algunos casos o en ningún caso?	TODOS LOS CASOS..... 1 ALGUNOS CASOS..... 2 NINGÚN CASO..... 3 NO RESPONDE..... 7 NO SABE/INSEGURA..... 8	654 654 701 654
653	Le voy a leer varios casos que pueden ser motivos de aborto, dígame cuales son legales: a. Cuando el embarazo es por una violación b. Cuando el feto tiene malformaciones graves..... c. Para salvar la vida de la mujer..... d. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer..... e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer..... f. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo..... g. Cuando la mujer es menor de 14 años.....	SI NO NO SABE 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	
654	Ahora quisiera saber su opinión sobre en qué casos debe ser permitido el aborto: a. Cuando el embarazo es por una violación b. Cuando el feto tiene malformaciones graves..... c. Cuando la mujer tiene demasiados hijos..... d. Para salvar la vida de la mujer..... e. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud física de la mujer..... f. Cuando el embarazo pone en riesgo la salud mental de la mujer..... g. Cuando la mujer es madre soltera..... h. Cuando la mujer está en una situación económica grave..... i. Cuando el embarazo es por falla del método anticonceptivo..... j. Cuando el embarazo es por relaciones sexuales con el papá, hermano, tío o abuelo..... k. Cuando la mujer es menor de 14 años..... l. Por decisión de la mujer sin importar la causa.....	DEBE SER PERMITIDO NO DEBE SER PERMITIDO NO SABE 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8 1 2 8	
655	¿Solicitó Ud. alguna vez una interrupción voluntaria del embarazo en alguna institución de salud después del 2006?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA EMBARAZADA/NO HA TENIDO RS.. 3	701
656	¿Se le realizó la interrupción del embarazo que Ud. solicitó?	SI..... 1 NO..... 2	
657	¿Cuál fue la principal razón por la que solicitó la interrupción voluntaria del embarazo?	EN RIESGO LA VIDA DE LA MUJER..... 1 EN RIESGO LA SALUD FÍSICA DE LA MUJER.. 2 EN RIESGO LA SALUD MENTAL DE LA MUJEF 3 MUJER FUE OBJETO DE UNA VIOLACIÓN..... 4 MALFORMACIÓN GRAVE EN EL FETO INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUT..... 5 OTRO..... 6	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
708	VERIFIQUE 210 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>SIN HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna vez ha deseado tener un hijo y no lo ha logrado?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UNO O MÁS HIJOS <input type="checkbox"/></p> <p>¿Ha deseado volver a tener hijos y no lo ha logrado?</p> </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2	714
709	¿Desde cuando lleva buscando un embarazo?	DESDE ANTES DE ENERO DE 2010..... 1 DESDE ENERO DE 2010..... 2 YA NO ESTÁ BUSCANDO..... 3	
710	¿Usted ha consultado alguna vez a especialistas en fertilidad para quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2	713
711	¿Qué razón le han dado para no haber logrado quedar embarazada?	PROBLEMA DE PAREJA..... 1 PROBLEMA DEL ESPOSO/COMPAÑERO..... 2 PROBLEMA DE ELLA..... 3 ENFERMEDAD..... 4 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
712	¿Usted o su pareja están recibiendo algún tratamiento para la infertilidad?	SI, ESTÁ EN TRATAMIENTO..... 1 NO, ES MUY COSTOSO..... 2 NO, LA RELIGIÓN SE LO PROHÍBE..... 3 NO, ESPOSO/COMP. SE OPONE..... 4 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	714
713	¿Cuál es la razón principal por la cual no ha consultado?	<u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01 <u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02 <u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03 <u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04 <u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE)..... 05 <u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON/RELIGIÓN SE LO PROHIBE)..... 06 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADAS RC/RS)..... 08 OTRA: 96 (ESPECIFIQUE)	
714	¿Si en las semanas siguientes Ud. descubriera que está embarazada, para Ud. sería un gran problema, un pequeño problema o no sería problema?	GRAN PROBLEMA..... 1 PEQUEÑO PROBLEMA..... 2 NO SERÍA PROBLEMA..... 3 DICE QUE NO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA/NO TIENE REL. SEX..... 4	
715	VERIFIQUE 311 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NO USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 311=2</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>USA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> 311=1</p> </div> </div>		720
716	¿Ud. cree que en el futuro usará algún método anticonceptivo para demorar el embarazo o evitar quedar embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	718 720

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
717	¿Qué método preferiría usar?	ESTERILIZACIÓN FEMENINA..... 01 ESTERILIZACIÓN MASCULINA..... 02 PÍLDORA..... 03 DIU..... 04 INYECCIÓN..... 05 IMPLANTE (JADELLE/IMPLANON)..... 06 ANILLO VAGINAL..... 07 CONDÓN..... 08 VAGINALES..... 09 ABSTINENCIA PERIÓDICA..... 10 RETIRO..... 11 PARCHE ANTICONCEPTIVO..... 12 OTRO:..... 96 (ESPECIFIQUE) INSEGURA..... 98	720
718	¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no piensa usar ningún método anticonceptivo en el futuro?	NO EN UNIÓN..... 01 <u>RAZONES RELACIONADAS CON FECUNDIDAD</u> NO TIENE REL. SEXUALES..... 02 TIENE REL. SEXUALES CON MUJERES..... 03 SEXO POCO FRECUENTE..... 04 MENOPAUSIA..... 05 HISTERECTOMÍA..... 06 INFERTILIDAD DEL HOMBRE O DE LA MUJER..... 07 DESEA MÁS HIJOS..... 08 <u>OPOSICIÓN A USAR:</u> ENTREVISTADA SE OPONE..... 09 PAREJA SE OPONE..... 10 OTROS SE OPONEN/PROHIBICIÓN RELIGIOSA..... 11 PADRES SE OPONEN..... 12 <u>FALTA DE CONOCIMIENTO:</u> NO CONOCE MÉTODOS..... 13 NO CONOCE FUENTE..... 14 <u>RAZONES RELACIONADAS CON EL MÉTODO</u> PROBLEMAS DE SALUD..... 15 MIEDO A EFECTOS SECUNDARIOS/USO INCONVENIENTE/INTERFIERE CON PROCESOS NORMALES DEL CUERPO..... 16 <u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 17 <u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 18 <u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 19 <u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 20 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 21 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS)..... 22 OTRA:..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	720
719	¿Ud. usaría un método si estuviera casada o en unión libre?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	
720	VERIFIQUE 218: TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> Si Ud. pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos(as) y pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuánto(as) serían? Si Ud. pudiera elegir exactamente el número de hijos(as) que tendría en toda su vida, ¿cuánto(as) serían? SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, SONDEE	NÚMERO..... <input type="text"/> NINGUNO..... 00 OTRA RESPUESTA:..... 96 (ESPECIFIQUE)	722
721	¿Cuántos de estos hijos le habría gustado que fueran mujeres y cuántos hombres y para cuántos no le importaría el sexo?	NIÑAS <input type="text"/> NIÑOS <input type="text"/> CUALQUIERA <input type="text"/> NÚMERO.....	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
722	¿Ud. aprueba o desaprueba que las parejas usen un método para evitar quedar embarazadas?	APRUEBA..... 1 DESAPRUEBA..... 2 NO OPINA..... 3	
723	En los últimos 12 meses Ud.: a. ¿Ha oído hablar acerca de anticoncepción en su EPS? b. ¿Ha oído hablar acerca de anticoncepción en la radio? c. ¿Ha visto acerca de anticoncepción en la televisión? d. ¿Ha leído acerca de anticoncepción en periódicos/revistas/internet?.....	<div style="text-align: right;">SI NO</div> EPS..... 1 2 RADIO..... 1 2 TELEVISIÓN..... 1 2 PERIÓDICOS/REVISTAS/INTERNET..... 1 2	
724	VERIFIQUE 601: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 601=1 SI, ACTUALMENTE CASADA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 601=2 SI, EN UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 601=3 NO, NO EN UNIÓN <input type="checkbox"/> </div> </div>		801
725	VERIFIQUE 312 Y 312A: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> OTRO CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> 312=B,I,M <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> NINGÚN CÓDIGO MARCADO <input type="checkbox"/> </div> </div>		727 728
726	¿Su pareja sabe que Ud. está usando un método anticonceptivo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	728
727	Ud. me ha dicho que está usando un método anticonceptivo. ¿Ud. diría que el uso de la anticoncepción fue su decisión, la de su pareja o lo decidieron en conjunto?	ENTREVISTADA..... 1 PAREJA..... 2 DECISIÓN CONJUNTA..... 3 OTRA: 6 (ESPECIFIQUE)	
728	VERIFIQUE 312 Y 312A: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> NINGUNO DE LOS DOS ESTERILIZADOS NO SE HIZO PREGUNTA <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> ÉL O ELLA ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> </div> </div>		801
729	¿Ud. piensa que su pareja desea el mismo número de hijos que Ud. quiere, o él quiere más, o menos que Ud.?	MISMO NÚMERO..... 1 MÁS HIJOS..... 2 MENOS HIJOS..... 3 NO SABE/NO QUIERE HIJOS..... 8	

SECCIÓN 8. TRABAJO DE LA MUJER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	Las preguntas que le haré a continuación están relacionadas con su trabajo		
801	¿Ud. trabaja actualmente?	SI..... 1 NO..... 2	806
802	¿Además del trabajo del hogar, actualmente Ud. tiene otro trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	806
803	Como Ud. sabe, algunas mujeres trabajan por una paga en dinero o especie. Otras venden cosas, tienen pequeños negocios o trabajan en tierras de la familia o en empresas de la familia. ¿En la actualidad Ud. está haciendo alguno de estos trabajos?	SI..... 1 NO..... 2	806
804	¿Ud. ha trabajado en los últimos 12 meses?	SI..... 1 NO..... 2	806
805	¿Ud. ha trabajado alguna vez en su vida?	SI..... 1 NO..... 2	814
806	¿Cuál es(era) su ocupación? SI HA TENIDO VARIOS TRABAJOS PREGUNTE: ¿Cuál era su ocupación en su último trabajo?	PROFESIONAL, TÉCNICA, TRABAJADORA ASIMILADA..... 01 DIRECTORA, FUNCIONARIA PÚBLICA SUPERIOR..... 02 PERSONAL ADMINISTRATIVO, TRABAJADORA ASIMILADA..... 03 COMERCIANTE, VENDEDORA..... 04 TRABAJADORA DE LOS SERVICIOS..... 05 TRABAJADORA AGROPECUARIA, FORESTAL, PESCADORA, CAZADORA..... 06 TRABAJADORA, OPERARIA NO AGRÍCOLA, CONDUCTORA DE MÁQUINA, VEHÍCULO DE TRANSPORTE, TRABAJADORA ASIMILADA..... 07 TRABAJADORA QUE NO PUEDE SER CLASIFICADA SEGÚN OCUPACIÓN Y FF.AA..... 08	
807	¿Trabaja (trabajaba) usted generalmente durante todo el año, por épocas, o solamente de vez en cuando?	TODO EL AÑO..... 1 ESTACIONALMENTE/PARTE DEL AÑO..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3	
808	¿A usted le pagan (pagaban) en dinero o en especie por el trabajo que realiza(ba)? SI "EN DINERO" INDAGUE: ¿Sólo en dinero o en dinero y en especie? SI "EN ESPECIE" INDAGUE: ¿Sólo en especie o en especie y en dinero?	SÓLO DINERO..... 1 DINERO Y ESPECIE..... 2 SÓLO EN ESPECIE..... 3 NO LE PAGAN..... 4	814
809	VERIFIQUE 601: SI, ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/UNIÓN	NO, NO EN <input type="checkbox"/> UNIÓN	814
810	Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que Ud. gana(ba): ¿usted, su pareja, Ud. conjuntamente con su pareja o alguien más?	ENTREVISTADA DECIDE(DECIDÍA)..... 1 PAREJA DECIDE(DECIDÍA)..... 2 AMBOS DECIDEN(DECIDÍAN)..... 3 ALGUIEN MÁS DECIDE(DECIDÍA)..... 4 CONJUNTAMENTE CON ALGUIEN MÁS..... 5	
811	¿El dinero que Ud. gana(ba) es más de lo que gana su pareja, menos de lo que él gana, o más o menos lo mismo?	MÁS DE LO QUE EL GANA..... 1 MENOS DE LO QUE ÉL GANA..... 2 MÁS O MENOS LO MISMO..... 3 PAREJA NO TRAE DINERO..... 4 SOLO TRABAJÓ ANTES DE ESTAR UNIDA..... 5 NO SABE..... 8	
812	¿Quién decide (decidía) principalmente cómo se gasta(ba) el dinero que su pareja gana(ba)?	ENTREVISTADA DECIDE(DECIDÍA)..... 1 PAREJA DECIDE(DECIDÍA)..... 2 AMBOS DECIDEN(DECIDÍAN)..... 3 PAREJA NO TRAE DINERO..... 4	
813	¿En promedio, cuánto de los gastos de su hogar se pagan (pagaban) con lo que Ud. gana(ba): casi nada, menos de la mitad, la mitad, más de la mitad, todo o nada?	CASI NADA..... 1 MENOS DE LA MITAD..... 2 LA MITAD..... 3 MÁS DE LA MITAD..... 4 TODO..... 5 NADA, AHORRA TODO..... 6	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS						PASE A
814	Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones:	ENTRE- VISTADA	PAREJA	AMBOS	ALGUIEN MAS	ENTREV./ ALGUIEN MAS	NADIE	
	a. ¿El cuidado de su salud?.....	1	2	3	4	5	6	
	b. ¿Hacer compras grandes del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	
	c. ¿Hacer compras para necesidades diarias del hogar?.....	1	2	3	4	5	6	
	d. ¿Visitar a familia, amigo(a)s, o parientes?.....	1	2	3	4	5	6	
	e. ¿Qué comida se debe cocinar cada día?.....	1	2	3	4	5	6	
	f. ¿Estudiar?.....	1	2	3	4	5	6	
	g. ¿Tener relaciones sexuales?.....	1	2	3	4	5	6	
815	Usted es dueña ya sea sola, con su pareja o con alguien más de:	SOLA	CON PAREJA	CON ALGUIEN MÁS	NO POSEE			
	a. ¿Tierra/Lote?.....	1	2	3	4			
	b. ¿Casa o espacio donde vive?.....	1	2	3	4			
	c. ¿Otra casa, apartamento o espacio?.....	1	2	3	4			
	d. ¿Joyas?.....	1	2	3	4			
	e. ¿Animales como ganado, gallinas, cerdos?.....	1	2	3	4			

SECCIÓN 9. DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
	Las siguientes preguntas están relacionadas con la prevención de riesgos de la SSR de las mujeres		
901	VERIFIQUE 104, 253, 616 DE 21 O MAS AÑOS DE EDAD, NO HISTERECTOMIZADA, QUE HA TENIDO RELACIONES SEXUALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		917
902	¿Ud. ha oído hablar de la citología vaginal? SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. Una citología es un examen que consiste en retirar células del cuello del útero para detectar alteraciones que puedan sugerir la presencia de precáncer en éste	SI..... 1 SI, CON AYUDA..... 2 NO..... 3	917
903	¿Cómo se enteró Ud. acerca de la citología vaginal? ¿Por algún otro medio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MÉDICO(A)/ENFERMERO(A)..... A AMIGO(A)/FAMILIAR..... B MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN..... C INSTITUCIÓN DE SALUD..... D OTRO:..... X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... Z	
904	¿Alguna vez le han hecho una citología vaginal?	SI..... 1 NO..... 2	914
905	¿En qué mes y año le hicieron la última citología vaginal?	MES..... <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA EL MES..... 98 AÑO..... <input type="text"/> NO SABE/NO RECUERDA EL AÑO..... 9998	907
906	¿La última citología fue hace más de 3 años?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
907	¿Con qué frecuencia se hace Ud. la citología vaginal?	MÁS DE UNA VEZ AL AÑO..... 1 CADA AÑO..... 2 CADA TRES AÑOS..... 3 SE LA HA HECHO SÓLO UNA VEZ..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	
908	¿Usted reclamó el resultado de la última citología vaginal?	SI..... 1 NO..... 2 AÚN NO SE LO HAN ENTREGADO..... 3	910
909	¿Cuál fue el resultado de la última citología vaginal?	NORMAL..... 1 ANORMAL..... 2 NO RECUERDA..... 8	
910	Para Ud. que significa que una citología sea anormal o que la citología le salió mal:	QUE LA MUJER TIENE CÁNCER..... 1 QUE LA MUJER TIENE SOSPECHA DE CÁNCER.. 2 QUE LA MUJER TIENE PRECÁNCER..... 3 QUE LA MUJER TIENE SOSPECHA DE PRECÁNC 4 QUE SE LA TIENE QUE REPETIR..... 5 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
911	¿Qué debe hacer una mujer cuando el resultado de la citología es anormal?	TRATAMIENTO DEL CÁNCER..... 1 TRATAMIENTO DEL PRECÁNCER..... 2 HACER OTROS ESTUDIOS ADICIONALES PARA SABER SI REQUIERE TRATAMIENTO..... 3 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 8	
912	VERIFIQUE 908 NO RECLAMÓ EL RESULTADO DE LA CITOLOGÍA VAGINAL <input type="checkbox"/> 908=2	RECLAMÓ EL RESULTADO DE LA CITOLOGÍA VAGINAL/ AÚN NO SE LO HAN ENTREGADO <input type="checkbox"/> 908=1, 3	915
913	¿Cuál fue la razón principal por la cual no reclamó el resultado de la última citología?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER..... 1 SE SINTIÓ MALTRATADA/OFENDIDA CUANDO LE HICIERON EL EXAMEN..... 2 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 3 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 4 OTRO:..... 6 (ESPECIFIQUE)	915

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
914	¿Cuál es la razón principal por la cual nunca se ha hecho la citología vaginal?	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO, NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA)..... 05</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... 06</p> <p>NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADA (RC/RS)..... 08</p> <p>OTRA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
915	<p>VERIFIQUE 904:</p> <p>LE HAN HECHO UNA <input type="checkbox"/> 904=1 NUNCA LE HAN HECHO UNA CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> 904=2</p> <p>¿Ha intentado hacerse una nueva citología desde la última vez? ¿Alguna vez ha intentado hacerse una citología?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2 → 917</p>	
916	¿Si ha intentado, cuál es la razón principal por la cual no le han hecho una (nueva) citología vaginal?	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO, NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA)..... 05</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... 06</p> <p>NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07</p> <p>NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADA (RC/RS)..... 08</p> <p>OTRA:..... 96</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
917	<p>PARA TODAS LAS MUJERES</p> <p>¿Ud. ha oído hablar sobre el Virus del Papiloma Humano - VPH?</p> <p>SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE VIRUS.</p> <p>El Virus del Papiloma Humano o VPH es un virus de transmisión sexual que se asocia con el desarrollo de cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>SI, CON AYUDA..... 2</p> <p>NO..... 3</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
918	<p>¿Ud. ha oído hablar de otros exámenes diferentes a la citología vaginal que también sirven para saber si una mujer tiene sospecha de precáncer de cuello uterino?</p> <p>SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN</p> <p>Hay otros exámenes diferentes a la citología. Por ejemplo, uno que consiste en tomar una muestra del cuello del útero para identificar el ADN del Virus del Papiloma Humano.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>SI, CON AYUDA..... 2</p> <p>NO..... 3</p>	
919	<p>VERIFIQUE 104</p> <p>DE 21 O MAS AÑOS DE EDAD</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 104>20</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 104<21</p>		929
920	<p>¿Sabe usted qué es el autoexamen de seno?</p> <p>SI NO, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN.</p> <p>El autoexamen de seno consiste en la palpación detallada de los senos, hecha por la propia mujer para detectar la aparición de alguna alteración o anomalía.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>SI, CON AYUDA..... 2</p> <p>NO..... 3</p>	925
921	<p>¿Se ha hecho usted este autoexamen?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	925
922	<p>¿Por cuál medio aprendió a hacerse el examen?</p> <p>Por algún otro medio?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>MÉDICO(A)/ENFERMERO(A)..... A</p> <p>AMIGO(A)/FAMILIAR..... B</p> <p>MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN..... C</p> <p>INSTITUCIÓN DE SALUD..... D</p> <p>OTRO:..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO RECUERDA..... Z</p>	
923	<p>¿Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?</p>	<p>CADA MES..... 1</p> <p>CADA SEIS MESES..... 2</p> <p>SE LO HA HECHO UNA SOLA VEZ..... 3</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
924	<p>¿En qué momento del ciclo menstrual se realiza usted el autoexamen de seno?</p>	<p>DESPUES DE LA MENSTRUACIÓN..... 1</p> <p>ANTES DE LA LLEGADA DE LA MENSTRUACIÓN..... 2</p> <p>DURANTE LA MENSTRUACIÓN..... 3</p> <p>EN CUALQUIER MOMENTO..... 4</p> <p>YA NO MENSTRUA LO HACE EN CUALQUIER MOMENTO..... 5</p> <p>OTRO:..... 6</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	
925	<p>¿En alguna consulta médica o ginecológica (examen físico completo) le han hecho a usted un examen clínico de seno?</p> <p>SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI LE HAN HECHO ESTE EXAMEN.</p> <p>Examen clínico de seno es cuando el profesional de la salud examina el seno para buscar o detectar alteraciones o malformaciones.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA..... 8</p>	928
926	<p>¿Hace cuánto tiempo le hicieron su último examen clínico de seno?</p>	<p>DURANTE EL ÚLTIMO AÑO..... 1</p> <p>DE 1 A 5 AÑOS..... 2</p> <p>MÁS DE CINCO AÑOS..... 3</p> <p>NO RECUERDA..... 8</p>	
927	<p>¿Por qué razón le hicieron examen clínico de seno?</p>	<p>TENÍA SÍNTOMAS EN LOS SENOS..... 1</p> <p>CHEQUEO A PESAR DE QUE NO TENÍA NINGÚN SÍNTOMA..... 2</p> <p>NO SABE/NO RECUERDA..... 8</p>	
928	<p>¿A usted le han detectado un tumor o anomalía en el seno?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE..... 8</p>	
929	<p>VERIFIQUE 104</p> <p>DE 40 A 49 AÑOS DE EDAD</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		1001
930	<p>¿Ud. ha oído hablar de la mamografía?</p> <p>SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN.</p> <p>Una mamografía es un estudio con rayos X de cada uno de los senos que se hace para detectar cáncer de seno. Para hacer este examen cada seno se coloca en una bandeja y se comprime, puede ser doloroso.</p>	<p>SI..... 1</p> <p>SI, CON AYUDA..... 2</p> <p>NO..... 3</p>	1001

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
931	¿Cómo se enteró Ud. acerca de la mamografía? Por algún otro medio? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MÉDICO(A)/ENFERMERO(A)..... A AMIGO(A)/FAMILIAR..... B MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN..... C INSTITUCIÓN DE SALUD..... D OTRO: X (ESPECIFIQUE) NO RECUERDA..... Z	
932	¿Alguna vez le han hecho a Ud. una mamografía?	SI..... 1 NO..... 2	→ 944
933	¿Por qué razón le hicieron la mamografía?	PORQUE TENÍA SÍNTOMAS EN LOS SENOS..... 1 POR CHEQUEO A PESAR DE QUE NO TENÍA NINGÚN SÍNTOMA..... 2 NO SABE/NO RECUERDA..... 8	
934	¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la mamografía?	MES..... NO RECUERDA..... 98 AÑO..... NO RECUERDA..... 9998	
935	¿Con qué frecuencia se hace usted la mamografía de chequeo?	UNA VEZ AL AÑO..... 1 DOS VECES AL AÑO..... 2 CADA DOS AÑOS..... 3 SE LA HA HECHO SÓLO UNA VEZ..... 4 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	
936	¿Dónde le hicieron la última mamografía?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 01 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 02 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 03 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 04 PROFAMILIA..... 05 LIGA CONTRA EL CÁNCER..... 06 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	
937	¿Usted reclamó el resultado de la última mamografía?	SI..... 1 NO..... 2 AÚN NO SE LO HAN ENTREGADO..... 3	→ 839 → 1001
938	¿Cuál fue el resultado de la última mamografía?	NORMAL..... 1 ANORMAL..... 2 NO RECUERDA..... 8	→ 1001 → 940 → 1001
939	¿Por qué no reclamó el resultado de la última mamografía?	TEMOR A QUE LE DIGAN QUE TIENE CÁNCER..... 1 NO LE INTERESA EL RESULTADO..... 2 LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN NO SE LO ENTREGÓ..... 3 OTRO: 6 (ESPECIFIQUE)	→ 1001
940	¿Por el resultado anormal de la mamografía le tuvieron que hacer una biopsia? SI NO SABE QUÉ ES ESTE EXAMEN, EXPLÍQUELE EN QUÉ CONSISTE Y VUELVA A PREGUNTAR SI CONOCE ESTE EXAMEN. La biopsia consiste en la punción del seno con una aguja muy gruesa para sacar un pedazo de tejido. Es una aguja especial que se usa con ayuda de equipos de radiografía. Sin embargo, también se puede hacer una biopsia con una aguja fina pegada de una jeringa, y también se puede hacer una biopsia al operar.	SI..... 1 NO..... 2 NO RECUERDA..... 8	→ 942 → 942

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
941	¿Cuál fue la principal razón por la cual no le hicieron la biopsia?	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO, NO TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA)..... 05</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... 06 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADA RC/RS).... 08 OTRA:..... 96</p>	
942	¿Usted recibió tratamiento como resultado de la mamografía o de la biopsia?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1001
943	¿Cuál fue la razón principal por la cual no recibió tratamiento?	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO)..... 05</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... 06 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADA RC/RS).... 08 OTRA:..... 96</p>	1001
944	¿Cuál es la razón principal por la cual no se ha hecho la mamografía?	<p><u>PERSONALES</u> (FALTA DE TIEMPO, NO SABE DONDE PRESTAN EL SERVICIO, HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN, DESCUIDO, PEREZA, NO QUIERE, NO LE GUSTA, NO CREE EN LOS RESULTADOS)..... 01</p> <p><u>SERVICIOS DE SALUD</u> (QUEDA LEJOS, DE MALA CALIDAD, FUE PERO NO LA ATENDIERON, FILAS MUY LARGAS, LA TRATAN MAL, DEMORA ATENCIÓN EN EL SITIO, DEMORA EN ASIGNACIÓN DE CITAS)..... 02</p> <p><u>ECONÓMICAS</u> (TRANSPORTE MUY COSTOSO, SERVICIO MUY COSTOSO)..... 03</p> <p><u>PROBLEMAS AUTORIZACIONES</u> (MUCHOS TRÁMITES, EPS NO LE AUTORIZÓ EL SERVICIO)..... 04</p> <p><u>FALTA CONOCIMIENTO</u> (CREE QUE PUEDE ESPERAR, MIEDO, TEMOR, NO SE SIENTE ENFERMA, NO LE EXPLICARON QUE ERA IMPORTANTE, A SU EDAD CREE QUE NO ES NECESARIO)..... 05</p> <p><u>OPOSICIÓN</u> (PAREJA NO LA DEJÓ, PADRES NO LA DEJARON)..... 06 NO ESTÁ AFILIADA/NO TIENE CARNÉ..... 07 NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (AFILIADA RC/RS).... 08 OTRA:..... 96</p>	

SECCIÓN 10. VIH/SIDA Y OTRAS I.T.S.

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE /																
	Las siguientes preguntas se refieren a las infecciones de transmisión sexual																		
1001	¿Ud. ha oído hablar sobre el VIH o una enfermedad llamada SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	→ 1039																
1002	¿Cree Ud. que una persona tiene menos riesgo de infectarse con el virus que causa SIDA, si tiene una sola pareja sexual que no esté infectada y que no tenga otras parejas sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1003	¿Cree Ud. que una persona puede infectarse con el virus que causa el SIDA por la picadura de un mosquito?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1004	¿Cree Ud. que una persona que usa condón CADA VEZ que tiene relaciones sexuales tiene menos riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1005	¿Cree Ud. que una persona puede infectarse con el virus que causa el SIDA por compartir comida con una persona infectada?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1006	¿Cree Ud. que una persona puede reducir el riesgo de infectarse con el virus que causa el SIDA absteniéndose de tener relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1007	¿Es posible que una persona que parezca saludable pueda tener el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1008	Una persona que se diagnostica oportunamente y recibe tratamiento adecuado para tratar el VIH, puede tener una expectativa de vida:	ENTRE 5 Y 9 AÑOS..... 1 ENTRE 10 Y 20 AÑOS..... 2 MÁS DE 20 AÑOS..... 3 IGUAL A LA POBLACIÓN GENERAL..... 4 NO SABE..... 8																	
1010	Quién considera Ud. que es más vulnerable a adquirir el virus que causa el SIDA:	UN HOMBRE HOMOSEXUAL QUE SIEMPRE USA CONDÓN EN SUS RELACIONES SEXUALES..... 1 UNA MUJER QUE NO SE ATREVE A DECIRLE A SU PAREJA QUE SE PROTEJAN..... 2 UNA MUJER TRABAJADORA SEXUAL QUE SIEMPRE SE PROTEJE CON SUS CLIENTES..... 3 USUARIO(A) DE DROGAS INYECTABLES QUE QUE NUNCA COMPARTE EQUIPOS DE INYECCIÓN..... 4 NO SABE..... 8																	
1011	A continuación le voy a leer unas frases, por favor dígame si Ud. está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las frases. HAGA USO DE TARJETA La probabilidad de adquirir el virus que causa el SIDA aumenta si: a. Se tienen relaciones sexuales sin protección..... b. Se consume alcohol o drogas antes de tener relaciones sexuales..... c. Las parejas se hacen la prueba y realizan acuerdos de protección mutua..... d. Se tienen otras ITS (sífilis, herpes, chancro).....	<table border="1"> <thead> <tr> <th>DE ACUERDO</th> <th>NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1		
DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO																	
3	2	1																	
3	2	1																	
3	2	1																	
3	2	1																	
1012	Sabe Ud. si el virus que causa el SIDA puede transmitirse de la madre al niño: a. ¿Durante el embarazo?..... b. ¿Durante el parto?..... c. ¿Durante la lactancia?.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</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	NS	DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8	DURANTE EL PARTO.....	1	2	8	DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																
DURANTE EL EMBARAZO.....	1	2	8																
DURANTE EL PARTO.....	1	2	8																
DURANTE LA LACTANCIA.....	1	2	8																
1013	VERIFIQUE 1012 POR LO MENOS UN "SI" <input type="checkbox"/>	NINGÚN "SI" <input type="checkbox"/>	→ 1015																
1014	¿Sabe Ud. si existe algún medicamento que pueda reducir el riesgo de transmisión del virus que causa el SIDA, de la mujer embarazada al bebé?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1015	¿Ud. ha oído hablar que las personas infectadas con el virus que causa el SIDA pueden vivir más tiempo si toman medicamentos especiales para su tratamiento?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																	
1016	VERIFIQUE 210 Y 217 ÚLTIMO NACIMIENTO DESDE ENERO DE 2012 <input type="checkbox"/>	NINGÚN NACIMIENTO ÚLTIMO NACIMIENTO ANTES DE ENERO DE 2012 <input type="checkbox"/>	→ 1026 → 1026																

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE #																
1017	VERIFIQUE 407 TUVO CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> 407<=> Y NO TUVO CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> 407= Y		1026																
1018	VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS. ANTES DE CONTINUAR, HAGA TODO LO POSIBLE PARA ASEGURAR LA PRIVACIDAD																		
1019	Durante alguno de sus controles prenatales en el último embarazo alguien le habló acerca de: a. Los bebés se infectan con el virus que causa el SIDA de sus madres..... b. Cosas que Ud. puede hacer para prevenir infectarse con el virus que causa el SIDA..... c. Hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA POR LA MADRE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>COSAS QUE PUEDE HACER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRUEBA DE SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	SIDA POR LA MADRE.....	1	2	8	COSAS QUE PUEDE HACER.....	1	2	8	PRUEBA DE SIDA.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																
SIDA POR LA MADRE.....	1	2	8																
COSAS QUE PUEDE HACER.....	1	2	8																
PRUEBA DE SIDA.....	1	2	8																
1020	¿Le sugirieron hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA en alguno de sus controles prenatales?	SI..... 1 NO..... 2																	
1021	¿Ud. se hizo la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA como parte de sus controles prenatales?	SI..... 1 NO..... 2	1026																
1021A	¿Cuando fue a realizarse la prueba, Ud. recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2																	
1022	¿Ud. conoció el resultado de esta prueba?	SI..... 1 NO..... 2																	
1022A	¿Cuando le entregaron los resultados, Ud. recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2																	
1023	¿En qué lugar se realizó la prueba?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO:..... 6																	
1024	¿Después de su último embarazo se ha realizado la prueba de VIH, el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	1027																
1025	¿Cuando fue la última vez que se realizó la prueba del VIH?	MENOS DE 12 MESES..... 1 ENTRE 12-23 MESES..... 2 2 AÑOS O MÁS..... 3	1032																
1026	¿Ud. alguna vez se ha realizado la prueba para saber si tiene VIH, el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	1030																
1026A	¿Cuando fue a realizarse la prueba, Ud. recibió consejería antes del examen de laboratorio?	SI..... 1 NO..... 2																	
1027	¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó la prueba del VIH?	MENOS DE 12 MESES..... 1 ENTRE 12-23 MESES..... 2 2 AÑOS O MÁS..... 3																	
1027A	Por favor piense en la última vez que se hizo la prueba del VIH, cuál de las siguientes respuestas se aplica a su situación:	UD. SOLICITÓ LA PRUEBA..... 1 LE OFRECIERON LA PRUEBA Y UD. ACEPTÓ..... 2 LE ORDENARON QUE SE HICIERA LA PRUEBA Y USTED TUVO QUE HACÉSELA..... 3																	
1028	¿Ud. conoció los resultados de esta prueba?	SI..... 1 NO..... 2	1029																
1028A	¿Cuando le entregaron los resultados, Ud. recibió consejería?	SI..... 1 NO..... 2																	
1029	¿En qué lugar se realizó la prueba?	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... 1 HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... 2 CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... 3 CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... 4 PROFAMILIA..... 5 OTRO:..... 6	1032																
1030	¿Conoce algún lugar donde pueda hacerse la prueba para saber si tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2	1032																
1031	¿Cuál es ese lugar? Algún otro lugar? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... C CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E OTRO:..... X																	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1032	Teniendo en cuenta su propio riesgo de contraer el virus que causa el SIDA, ¿con qué frecuencia cree que Ud. debería hacerse la prueba del VIH?	CADA 3 MESES..... 1 CADA 6 MESES..... 2 CADA AÑO..... 3 CADA 5 AÑOS..... 4 NUNCA..... 5 OTRO: 6	
1033	¿Ud. compraría verduras a una persona si supiera que tiene el virus que causa el SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1034	¿Si un familiar suyo se llega a infectar con el virus que causa el SIDA, querría Ud. que se mantuviera en secreto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1035	¿Si un familiar suyo tuviera SIDA, estaría Ud. dispuesta a cuidarlo en su propio hogar?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1036	En su opinión, si un profesor tuviera el virus que causa el SIDA pero no está enfermo, ¿se le debería permitir continuar dando clases en la escuela, colegio o universidad?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1037	<p>VERIFIQUE 616</p> <p>HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=1</p> <p>NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=2</p>		1039
1038	¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada con el VIH?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA..... 8	
1039	<p>VERIFIQUE 1001:</p> <p>HA OÍDO HABLAR SOBRE SIDA <input type="checkbox"/> 1001=1</p> <p>¿Además del SIDA, Ud. ha oído hablar de otras infecciones que se pueden transmitir a través del contacto sexual?</p> <p>NO HA OÍDO HABLAR SOBRE SIDA <input type="checkbox"/> 1001=2</p> <p>¿Ud. ha oído hablar de infecciones que se pueden transmitir a través del contacto sexual?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1053
1040	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que un hombre tiene una infección de transmisión sexual?</p> <p>¿Algunos otros?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>DOLOR ABDOMINAL..... A</p> <p>SECRECIÓN/GOTEOS EN GENITALES..... B</p> <p>SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C</p> <p>MOLESTIAS AL ORINAR..... D</p> <p>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E</p> <p>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F</p> <p>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G</p> <p>VERRUGAS GENITALES..... H</p> <p>SANGRE EN LA ORINA..... I</p> <p>PÉRDIDA DE PESO..... J</p> <p>IMPOTENCIA..... K</p> <p>NO HAY SÍNTOMAS..... L</p> <p>OTRO: X</p> <p>NO SABE..... Z</p>	
1041	<p>¿Qué síntomas y signos le pueden hacer pensar a Ud. que una mujer tiene una infección de transmisión sexual?</p> <p>¿Algunos otros?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>DOLOR ABDOMINAL..... A</p> <p>SECRECIÓN GENITAL..... B</p> <p>SECRECIÓN MAL OLIENTE..... C</p> <p>MOLESTIAS AL ORINAR..... D</p> <p>ENROJECIMIENTO/PICAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... E</p> <p>INFLAMACIÓN/HINCHAZÓN EN EL ÁREA GENITAL..... F</p> <p>ÚLCERAS/LLAGAS GENITALES..... G</p> <p>VERRUGAS GENITALES..... H</p> <p>SANGRE EN LA ORINA..... I</p> <p>PÉRDIDA DE PESO..... J</p> <p>INCAPACIDAD DE DAR A LUZ..... K</p> <p>NO HAY SÍNTOMAS..... L</p> <p>OTRO: X</p> <p>NO SABE..... Z</p>	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																				
1042	VERIFIQUE 616 HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=1 NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> 616=2		1053																				
1043	VERIFIQUE 1039 HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/> 1039=1 NO HA OÍDO HABLAR DE ITS <input type="checkbox"/> 1039=2		1045																				
1044	Ahora me gustaría preguntarle sobre su salud durante los últimos 12 meses: ¿En los últimos 12 meses Ud. ha tenido alguna infección, la cual adquirió por contacto sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1045	Algunas veces las mujeres experimentan un ardor con flujo o secreción vaginal anormal. ¿En los últimos 12 meses Ud. ha tenido ardor con flujo vaginal anormal?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1046	Algunas veces las mujeres experimentan llagas o úlceras en los genitales. ¿En los últimos 12 meses Ud. ha tenido llagas o úlceras en los genitales?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1047	VERIFIQUE 1044, 1045 Y 1046: HA TENIDO UNA ITS (ALGÚN SI) <input type="checkbox"/> 1047=1 NO HA TENIDO INFECCIÓN O NO SABE <input type="checkbox"/> 1047=2		1053																				
1048	¿Cuando tuvo la (INFECCIÓN, SECRECIÓN O LESIÓN PREG. 1044/1045/1046) buscó tratamiento o consejo?	SI..... 1 NO..... 2	1050																				
1049	¿Dónde buscó consejo o tratamiento? En otro lugar? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	HOSPITAL/CENTRO O PUESTO DE SALUD DEL GOBIERNO..... A HOSPITAL/CLÍNICA PRIVADA..... B CENTRO DE ATENCIÓN DE UNA EPS..... C CONSULTORIO MÉD. PARTICULAR..... D PROFAMILIA..... E DROGUERÍA/FARMACIA/BOTICA..... F CURANDERO/YERBATERO..... G OTRO:..... X (ESPECIFIQUE)																					
1050	VERIFIQUE 646 PARA SABER CUANDO USAR EL PLURAL ¿Cuando Ud. tuvo esa infección, se lo informó a la(s) persona(s) con quien(es) había tenido relaciones sexuales?	SI..... 1 NO..... 2 A ALGUNAS/NO A TODAS..... 3																					
1051	¿Cuando Ud. tuvo esa infección, Ud. o su(s) pareja(s) hicieron algo para evitar infectarse el uno al otro?	SI..... 1 NO..... 2 PAREJA INFECTADA..... 3	1053																				
1052	Qué hizo usted o su(s) pareja(s) para evitar infectar al otro: a. ¿Dejó(aron) de tener relaciones sexuales? b. ¿Usaron condón en las relaciones sexuales? c. ¿Tomó(aron) o usó(aron) medicamentos?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>NO RELACIONES SEXUALES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>USARON CONDÓN.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		SI	NO	NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2	USARON CONDÓN.....	1	2	TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2									
	SI	NO																					
NO RELACIONES SEXUALES.....	1	2																					
USARON CONDÓN.....	1	2																					
TOMÓ O USÓ MEDICAMENTOS.....	1	2																					
1053	Usted está de acuerdo con que una mujer se niegue a tener relaciones sexuales con su pareja cuando: a. ¿Ella sabe que su pareja tiene una Infección de Transmisión Sexual?..... b. ¿Ella sabe que su pareja tiene relaciones sexuales con otra mujer?..... c. ¿Ella ha tenido recientemente un parto?..... d. ¿Ella está cansada o no está de humor?.....	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>ÉL TIENE UNA ITS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA MUJER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PARTO RECIENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CANSADA/HUMOR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		SI	NO	NS	ÉL TIENE UNA ITS.....	1	2	8	OTRA MUJER.....	1	2	8	PARTO RECIENTE.....	1	2	8	CANSADA/HUMOR.....	1	2	8	
	SI	NO	NS																				
ÉL TIENE UNA ITS.....	1	2	8																				
OTRA MUJER.....	1	2	8																				
PARTO RECIENTE.....	1	2	8																				
CANSADA/HUMOR.....	1	2	8																				
1054	¿Usted está de acuerdo con que una mujer le pida a su pareja que use condón si sabe que tiene una infección de transmisión sexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8																					
1055	¿En alguna de las consultas que ha tenido para el cuidado de su salud en los últimos 12 meses, le hablaron acerca de cómo prevenir las ITS o la infección por VIH/SIDA?	SI..... 1 NO..... 2 NO HA IDO HA CONSULTA..... 3																					

SECCIÓN 11. MORTALIDAD ADULTA Y MATERNA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS					PASE A
1100	Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre todos los hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de su madre biológica. ¿Cuántos hijos(as) vivos(as) tuvo su madre, incluida Ud.?	No. DE NACIMIENTOS DE LA MADRE BIOLOGICA..... NO SABE..... 98					1201
1101	VERIFIQUE 1100 DOS O MÁS NACIMIENTOS <input type="checkbox"/> 1100>1 UN SOLO NACIMIENTO (SOLO LA ENTREVISTADA) <input type="checkbox"/> 1100=1						1201
1102	¿Cuántos nacimientos tuvo su madre antes de que Ud. naciera?	No. DE NACIMIENTOS PREVIOS.....					
1103	Por favor dígame el nombre de cada uno de sus hermano(a)s estén vivo(a)s o muerto(a)s, comenzando por el(la) mayor	1	2	3	4	5	
1104	¿Cuál es(era) el sexo de (NOMBRE)?	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS. 3 MUJER TRANS.... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS. 3 MUJER TRANS.... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS. 3 MUJER TRANS.... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS. 3 MUJER TRANS.... 4	HOMBRE..... 1 MUJER..... 2 HOMBRE TRANS. 3 MUJER TRANS.... 4	
1105	¿Está (NOMBRE) vivo(a)?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 1107) <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 1107) <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 1107) <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 1107) <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A P. 1107) <input type="checkbox"/> NO SABE..... 8 (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	
1106	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD..... (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... (PASE A 1104) <input type="checkbox"/> EN SIG. COLUMNA) SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	
1107	¿Cuántos años hace que murió (NOMBRE)?	AÑOS.....	AÑOS.....	AÑOS.....	AÑOS.....	AÑOS.....	
1108	¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando murió?	EDAD..... SI ES HOMBRE, O SI ES UNA MUJER QUE MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 AÑOS PASE A 1104 EN SIG. COLUMNA. SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... SI ES HOMBRE, O SI ES UNA MUJER QUE MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 AÑOS PASE A 1104 EN SIG. COLUMNA. SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... SI ES HOMBRE, O SI ES UNA MUJER QUE MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 AÑOS PASE A 1104 EN SIG. COLUMNA. SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... SI ES HOMBRE, O SI ES UNA MUJER QUE MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 AÑOS PASE A 1104 EN SIG. COLUMNA. SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	EDAD..... SI ES HOMBRE, O SI ES UNA MUJER QUE MURIÓ ANTES DE CUMPLIR 12 AÑOS PASE A 1104 EN SIG. COLUMNA. SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	
1109	¿(NOMBRE) murió durante el embarazo?	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	
1110	¿(NOMBRE) murió durante el parto?	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	SI..... 1 (PASE A 1112) <input type="checkbox"/> NO..... 2	
1111	¿(NOMBRE) murió dentro de los dos meses después del parto, cesárea, aborto o nacido muerto?	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	SI..... 1 NO..... 2	
1112	¿Cuántos hijos o hijas nacidos vivos tuvo (NOMBRE) durante toda su vida?						
1113		VAYA A P. 1104 EN LA SIG. COLUMNA SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	VAYA A P. 1104 EN LA SIG. COLUMNA SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	VAYA A P. 1104 EN LA SIG. COLUMNA SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	VAYA A P. 1104 EN LA SIG. COLUMNA SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	VAYA A P. 1104 EN LA SIG. COLUMNA SINO TIENE MAS HERMANO(A)S PASE A P. 1201	

SECCIÓN 12. VIOLENCIA DE GÉNERO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																																																											
1201	<p>VERIFIQUE LA PRESENCIA DE OTROS: NO CONTINÚE HASTA QUE LA PRIVACIDAD ESTÉ ASEGURADA</p> <p>PRIVACIDAD OBTENIDA <input type="checkbox"/> PRIVACIDAD IMPOSIBLE <input type="checkbox"/></p>		1301																																																																																											
	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de ciertos aspectos de las relaciones interpersonales. Yo sé que algunas de estas preguntas son muy personales. Sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender algunos aspectos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres. Le aseguro que sus respuestas son completamente confidenciales y no se le contarán a nadie</p>																																																																																													
1202	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 602: ESTADO CONYUGAL</p> <p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/> NUNCA UNIDA (602=3) <input type="checkbox"/></p>		1231																																																																																											
1203	<p>Le voy a preguntar acerca de algunas situaciones que les suceden a algunas mujeres. Por favor, dígame si estas situaciones se han presentado (presentaron) en su relación con su actual o última pareja</p> <p>VIOLENCIA PSICOLÓGICA</p> <p>Alguna vez su pareja o expareja:</p> <p>a. ¿Se ha puesto (se puso) celoso/bravo si habla(hablaba) con otro hombre?.....</p> <p>b. ¿La ha acusado (la acusó) de serle infiel?.....</p> <p>c. ¿Le ha impedido (le impidió) encontrarse con sus amiga(o)s?.....</p> <p>d. ¿Ha tratado (trató) de limitarle sus contactos con su familia?.....</p> <p>e. ¿Ha insistido (insistió) en saber dónde está (estaba) todo el tiempo?.....</p> <p>f. ¿La ha ignorado (la ignoró)/no se dirige (dirigió) a usted?.....</p> <p>g. ¿No ha contado (contó) con Ud. para reuniones sociales o familiares?.....</p> <p>h. ¿No le ha consultado (le consultó) las decisiones importantes para la familia?.....</p> <p>i. ¿La ha amenazado (la amenazó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>j. ¿Se ha referido (refirió) en términos como: "Ud. no sirve para nada", "Ud. nunca hace nada bien", "Ud. es una bruta" o "Mi mamá me hacía mejor las cosas"?.....</p> <p>k. ¿La ha amenazado (la amenazó) con abandonarla/irse con otra mujer?.....</p> <p>l. ¿La ha amenazado (la amenazó) con quitarle los hijos?.....</p>	<p>A. ¿Lo hizo alguna vez? B. ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? C. ¿Esta situación se ha presentado (se presentó) en público o en privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>SI</th><th>NO</th><th>PÚBLICO</th><th>PRIVADO</th><th>AMBAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	
SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1204	<p>VIOLENCIA FÍSICA</p> <p>Alguna vez su pareja o expareja:</p> <p>a. ¿La ha empujado (la empujó) o zarandeado (zarandéo)?</p> <p>b. ¿La ha golpeado (la golpeó) con la mano?</p> <p>c. ¿La ha golpeado (la golpeó) con un objeto?.....</p> <p>d. ¿La ha pateado (la pateó) o arrastrado (arrastró)?.....</p> <p>e. ¿La ha atacado (atacó) con un cuchillo, arma de fuego u otra arma?.....</p> <p>f. ¿Ha tratado (trató) de estrangularla o de quemarla?.....</p>	<p>A. Lo hizo alguna vez? B. ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? C. ¿Esta situación se ha presentado (se presentó) en público o en privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>SI</th><th>NO</th><th>PÚBLICO</th><th>PRIVADO</th><th>AMBAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3																																											
SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1205	<p>VIOLENCIA ECONOMICA</p> <p>Alguna vez su pareja o expareja:</p> <p>a. ¿Ha vigilado (vigiló) la forma como Ud. gasta(ba) el dinero?.....</p> <p>b. ¿La ha amenazado (amenazó) con quitarle el apoyo económico?</p> <p>c. ¿Le ha prohibido (le prohibió) trabajar o estudiar?.....</p> <p>d. ¿Se ha gastado (se gastó) el dinero que se necesitaba para la casa?.....</p> <p>e. ¿Se ha adueñado (se adueñó) o le ha quitado (le quitó) dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.)?.....</p>	<p>A. Lo hizo alguna vez? B. ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? C. ¿Esta situación se ha presentado (se presentó) en público o en privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>SI</th><th>NO</th><th>PÚBLICO</th><th>PRIVADO</th><th>AMBAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3																																																		
SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1206	<p>VIOLENCIA SEXUAL</p> <p>Alguna vez su pareja o expareja:</p> <p>a. ¿La ha forzado (la forzó) físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?.....</p>	<p>A. Lo hizo alguna vez? B. ¿Lo hizo en los últimos 12 meses? C. ¿Esta situación se ha presentado (se presentó) en público o en privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SI</th><th>NO</th><th>SI</th><th>NO</th><th>PÚBLICO</th><th>PRIVADO</th><th>AMBAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> <p>(PASE A 1213)</p>	SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS	1	2	1	2	1	2	3																																																																														
SI	NO	SI	NO	PÚBLICO	PRIVADO	AMBAS																																																																																								
1	2	1	2	1	2	3																																																																																								
1207	¿Cuándo sucedió esto, usó anticoncepción de emergencia?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																																																																												

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																												
1208	¿Como resultado de este suceso quedó embarazada?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA EMBARAZADA..... 3	1213																																																												
1209	¿Estos hechos fueron después de mayo del año 2006?	SI..... 1 NO..... 2	1213																																																												
1210	¿En algún momento le hablaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que haya sido objeto de una violación?	SI..... 1 NO..... 2																																																													
1211	¿Solicitó Ud. la interrupción voluntaria del embarazo por esta razón?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA EMBARAZADA..... 3	1213																																																												
1212	¿Se le realizó la interrupción voluntaria que Ud. solicitó?	SI..... 1 NO..... 2																																																													
1213	VERIFIQUE 1203, 1204, 1205, 1206: AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/> NINGÚN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ <input type="checkbox"/>		1216																																																												
1214	¿Cuánto tiempo después de que usted se casara (uniera) con su (última) pareja sucedieron estas cosas por primera vez? SI MENOS DE UN AÑO ANOTE "00"	NÚMERO DE AÑOS..... <input type="text"/> ANTES DE CASARSE/VIVIR JUNTOS..... 95 NO RECUERDA..... 98																																																													
1214A	VERIFIQUE 1203, 1204, 1205, 1206: AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ EN 1204 o 1206 <input type="checkbox"/> AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ EN 1203 o 1205 <input type="checkbox"/>		1215f																																																												
1215	Por favor dígame si las siguientes cosas le sucedieron como resultado de lo que su (última) pareja le hizo:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NO RESPONDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c. ¿Se enfermó físicamente?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d. ¿Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f. ¿Tuvo deseos de suicidarse?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g. ¿Sintió que no valía nada?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h. ¿Se afectó su relación con sus hijos?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i. ¿No volvió a hablar con nadie?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>k. ¿Se enfermó de la cabeza?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>l. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>m. ¿Tuvo que dejar de trabajar?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>n. ¿Tuvo que dejar de estudiar?.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		SI	NO	NO RESPONDE	a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8	b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8	c. ¿Se enfermó físicamente?.....	1	2	8	d. ¿Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8	e. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8	f. ¿Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8	g. ¿Sintió que no valía nada?.....	1	2	8	h. ¿Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8	i. ¿No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8	j. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....	1	2	8	k. ¿Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8	l. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8	m. ¿Tuvo que dejar de trabajar?.....	1	2	8	n. ¿Tuvo que dejar de estudiar?.....	1	2	8	
	SI	NO	NO RESPONDE																																																												
a. ¿Tuvo moretones y/o dolores en el cuerpo?.....	1	2	8																																																												
b. ¿Tuvo alguna herida o un hueso quebrado?.....	1	2	8																																																												
c. ¿Se enfermó físicamente?.....	1	2	8																																																												
d. ¿Tuvo algún embarazo terminado en aborto o pérdida?.....	1	2	8																																																												
e. ¿Tuvo pérdida temporal o definitiva de algún órgano, función o parte del cuerpo?.....	1	2	8																																																												
f. ¿Tuvo deseos de suicidarse?.....	1	2	8																																																												
g. ¿Sintió que no valía nada?.....	1	2	8																																																												
h. ¿Se afectó su relación con sus hijos?.....	1	2	8																																																												
i. ¿No volvió a hablar con nadie?.....	1	2	8																																																												
j. ¿Disminuyó la productividad en el estudio o en el trabajo?.....	1	2	8																																																												
k. ¿Se enfermó de la cabeza?.....	1	2	8																																																												
l. ¿Perdió interés en sus relaciones sexuales?.....	1	2	8																																																												
m. ¿Tuvo que dejar de trabajar?.....	1	2	8																																																												
n. ¿Tuvo que dejar de estudiar?.....	1	2	8																																																												
1216	VERIFIQUE 601: ACTUALMENTE UNIDA <input type="checkbox"/> 601=1, 2 NO UNIDA <input type="checkbox"/> 601=3		1219																																																												
1217	¿En los últimos 12 meses Ud. ha pensado en separarse?	SI..... 1 NO..... 2	1219																																																												
1218	¿Cuál es la razón principal por la cual ha pensado en separarse?	VIOLENCIA CONYUGAL (FÍSICA PSICOLÓGICA, SEXUAL, ECONÓMICA)..... 01 INFIDELIDAD DE LA PAREJA..... 02 INCUMPLIMIENTO CON LOS DEBERES DE ESPOSO/PADRE..... 03 EMBRIAGUEZ HABITUAL DE LA PAREJA..... 04 USO DE SUSTANCIAS SICOACTIVAS DE LA PAREJA..... 05 MUTUO CONSENTIMIENTO..... 06 POR DIFERENCIAS EN LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD..... 07 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)																																																													
1219	VERIFIQUE CASILLAS EN 601 Y 602 (ESTADO CONYUGAL) Y 1203, 1204, 1205, 1206 (VIOLENCIA): 601=1,2 602=1,2 Y AL MENOS UN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/> 601=1,2 602=1,2 Y NINGÚN CÓDIGO 1 EN ALGUNA VEZ ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/>		1223																																																												

	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1220	<p>ACTUALMENTE UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuándo Ud. ha sido agredida por su pareja, Ud. se ha defendido golpeándolo o agrediendo físicamente?</p> <p>Si "SI", ¿Alguna vez (hace más de un año) o en el último año?</p>	<p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuándo Ud. era agredida por su última pareja, Ud. se defendía golpeándolo o agrediendo físicamente?</p> <p>ALGUNA VEZ (HACE MÁS DE UN AÑO)..... 1 EN EL ÚLTIMO AÑO..... 2 NUNCA..... 3</p>	
1221	<p>ACTUALMENTE UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿En momentos en que su pareja no la ha estado agrediendo, Ud. lo ha golpeado, lo ha insultado, lo ha controlado, lo ha celado?</p> <p>¿Alguna otra cosa? MARQUE TODAS LAS QUE MENCIONE</p>	<p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿En momentos en que su última pareja no la estaba agrediendo, Ud. lo golpeaba, lo insultaba, lo controlaba, lo celaba?</p> <p>LO HA GOLPEADO..... A LO HA INSULTADO..... B LO HA CONTROLADO..... C LO HA CELADO..... D OTRA: X NUNCA..... Z</p>	1223
1222	<p>ACTUALMENTE UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia ha agredido, golpeado, insultado, controlado o celado a su pareja:</p>	<p>ALGUNA VEZ UNIDA <input type="checkbox"/></p> <p>¿En los últimos 12 meses con qué frecuencia agredía, golpeaba, insultaba, controlaba o celaba a su última pareja:</p> <p>MUCHAS VECES..... 1 ALGUNA VEZ..... 2 NUNCA..... 3</p>	
1223	<p>¿Hasta dónde Ud. sabe, su padre golpeaba a su madre?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8</p>	
1224	<p>¿En qué forma usualmente la castigan (castigaban) a Ud. sus padres (padrastrós)?</p> <p>¿De alguna otra forma?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>PALMADAS..... A EMPUJONES..... B REPRIMENDA VERBAL..... C PROHIBIENDO ALGO QUE LE GUSTA(BA)..... D PRIVÁNDOLA DE LA ALIMENTACIÓN..... E GOLPES CON OBJETOS..... F DEJÁNDOLA ENCERRADA..... G IGNORÁNDOLA..... H PONIÉNDOLE TRABAJO NO ADECUADO..... I DEJÁNDOLA POR FUERA DE CASA..... J ECHÁNDOLE AGUA..... K ESCONDIÉNDOLE LA ROPA..... L QUITÁNDOLE LAS PERTENENCIAS..... M QUITÁNDOLE EL APOYO ECONÓMICO..... N OTRA: X NO LA CASTIGAN (CASTIGABAN)..... Z</p>	
1225	<p>¿Hasta dónde Ud. sabe, su pareja fue maltratada en su infancia por parte de sus padres o padrastrós?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NUNCA HA ESTADO UNIDA..... 3 NO SABE..... 8</p>	
1226	<p>¿Ud. sabe si el padre golpeaba a la madre de su pareja?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NUNCA HA ESTADO UNIDA..... 3 NO SABE..... 8</p>	
1226A	<p>¿Tiene algún(a) hijastro(a)/hijo(a) adoptivo(a) en el hogar?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2</p>	
1227	<p>VERIFIQUE 220 Y 1226A</p> <p>AL MENOS UN HIJO(A)/HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTIVO(A) VIVO(A) <input type="checkbox"/></p>	<p>NINGÚN HIJO(A)/HIJASTRO(A)/HIJO(A) ADOPTIVO(A) VIVO(A) <input type="checkbox"/></p>	1231
1228	<p>¿Quién castiga (castigaba) a sus hijos(as) (o a sus hijastros(as), hijos(as) adoptivos(as)) en el hogar?</p> <p>¿Alguien más?</p>	<p>PADRE/PADRASTRO..... A MADRE O ENTREVISTADA/MADRASTRA..... B OTRO: X NADIE/NO LOS CASTIGAN..... Y</p>	1231
1229	<p>SI 1228 = A <input type="checkbox"/></p> <p>SI 1228 = B <input type="checkbox"/></p> <p>SI 1228 = X <input type="checkbox"/></p>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A	
1230	<p>A. En qué forma castiga (castigaba) su pareja a:</p> <p>¿Sus hijos(as)/ hijastros(as)/ hijos(as) adoptivos(as)?</p> <p>PALMADAS..... A</p> <p>EMPUJONES..... B</p> <p>REPRIMENDA VERBAL..... C</p> <p>PROHIBIENDO ALGO QUE LES GUSTA..... D</p> <p>PRIVÁNDOLO(A)S DE LA ALIMENTACIÓN..... E</p> <p>GOLPES CON OBJETOS..... F</p> <p>DEJÁNDOLO(A)S ENCERRADOS..... G</p> <p>IGNORÁNDOLO(A)S..... H</p> <p>PONIÉNDOLES TRABAJO NO ADECUADO..... I</p> <p>DEJÁNDOLO(A)S POR FUERA DE CASA..... J</p> <p>ECHÁNDOLES AGUA..... K</p> <p>ESCONDIÉNDOLES LA ROPA..... L</p> <p>QUITÁNDOLES LAS PERTENENCIAS..... M</p> <p>QUITÁNDOLES EL APOYO ECONÓMICO..... N</p> <p>OTRA: X</p>	<p>B. En qué forma castiga (castigaba) Ud. a:</p> <p>¿Sus hijos(as)/ hijastros(as)/ hijos(as) adoptivos(as)?</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>L</p> <p>M</p> <p>N</p> <p>X</p>	<p>C. En qué forma castiga (castigaba) esa persona a:</p> <p>¿Sus hijos(as)/ hijastros(as)/ hijos(as) adoptivos(as)?</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>D</p> <p>E</p> <p>F</p> <p>G</p> <p>H</p> <p>I</p> <p>J</p> <p>K</p> <p>L</p> <p>M</p> <p>N</p> <p>X</p>	
1231	<p>VERIFIQUE 201, 229 Y 241:</p> <p>ALGUNA VEZ EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	<p>NUNCA EMBARAZADA <input type="checkbox"/></p>	1235	
1232	<p>¿Alguien la ha golpeado, abofeteado, pateado o herido a Ud. cuando estaba embarazada (en cualquiera de sus embarazos)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	1235	
1233	<p>¿Quién?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>MADRE/PADRE..... A</p> <p>MADRASTRA/PADRASTRO..... B</p> <p>PAREJA..... C</p> <p>EXPAREJA..... D</p> <p>HIJO(A)/HIJASTRO(A)..... E</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE DE LA PAREJA..... F</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... G</p> <p>NOVIO(A)..... H</p> <p>EXNOVIO(A)..... I</p> <p>OTRO: X</p>		
1234	<p>¿Como consecuencia de esa violencia Ud. ha perdido algún embarazo?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>		
1235	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601, 602 Y 603: ESTADO CONYUGAL</p> <p>EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA-DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna persona diferente a su pareja(expareja) le ha impedido encontrarse con sus amigos(as)?</p> <p>¿Alguna persona le ha impedido encontrarse con sus amigos(as)?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO RESPONDE..... 8</p>	1237	
1236	<p>¿Quién?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>MADRE/PADRE..... A</p> <p>MADRASTRA/PADRASTRO..... B</p> <p>HIJO(A)/HIJASTRO(A)..... C</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE DE LA PAREJA..... D</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E</p> <p>NOVIO(A)..... F</p> <p>EXNOVIO(A)..... G</p> <p>OTRO: X</p>		
1237	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601, 602 Y 603: ESTADO CONYUGAL</p> <p>EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA-DA/DIVORCIADA/VIUDA <input type="checkbox"/></p> <p>SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>¿Alguna persona diferente a su pareja(expareja) ha tratado de limitarle los contactos con su familia?</p> <p>¿Alguna persona ha tratado de limitarle los contactos con su familia?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO RESPONDE..... 8</p>	1239	
1238	<p>¿Quién?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>MADRE/PADRE..... A</p> <p>MADRASTRA/PADRASTRO..... B</p> <p>HIJO(A)/HIJASTRO(A)..... C</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE DE LA PAREJA..... D</p> <p>OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E</p> <p>NOVIO(A)..... F</p> <p>EXNOVIO(A)..... G</p> <p>OTRO: X</p>		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1239	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601, 602 Y 603: ESTADO CONYUGAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA ¿Alguna persona diferente a su pareja(expareja) se ha dirigido a Ud. en términos como: "Ud. no sirve para nada", "Ud. nunca hace nada bien", "Ud. es una bruta"? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN ¿Alguna persona se ha dirigido a Ud. en términos como: "Ud. no sirve para nada", "Ud. nunca hace nada bien", "Ud. es una bruta"? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1241
1240	<p>¿Quién?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B HIJO(A)/HIJASTRO(A)..... C OTRA PERSONA PARIENTE DE LA PAREJA..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO(A)..... F EXNOVIO(A)..... G OTRO: X (ESPECIFIQUE)	
1241	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601, 602 Y 603: ESTADO CONYUGAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA ¿Alguna persona diferente a su pareja(expareja) la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido a Ud. físicamente? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN ¿Alguna persona la ha golpeado, abofeteado o pateado o le ha hecho algo que la haya herido a Ud. físicamente? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1242A
1242	<p>¿Quién?</p> <p>¿Alguien más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B HIJO(A)/HIJASTRO(A)..... C OTRA PERSONA PARIENTE DE LA PAREJA..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO(A)..... F EXNOVIO(A)..... G OTRO: X	
1242A	<p>VERIFIQUE 616</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 616=1 </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES 616=2 </div> </div>		1257
1243	<p>VERIFIQUE CASILLAS EN 601, 602 Y 603: ESTADO CONYUGAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> EN UNIÓN (CASADA/ UNIÓN LIBRE), SEPARA- DA/DIVORCIADA/VIUDA ¿Alguna persona diferente a su pareja(expareja) la ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOLTERA/NUNCA CASADA/NUNCA EN UNIÓN ¿Alguna persona la ha forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales? </div> </div>	SI..... 1 NO..... 2 NO RESPONDE..... 8	1254
1245	<p>¿Ud. quiere que hablemos de ese suceso?</p>	SI..... 1 NO..... 2	1254
1246	<p>¿Quién la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales?</p> <p>Alguien más la ha forzado?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	PADRE/MADRE..... A PADRASTRO/MADRASTRA..... B HERMANO(A)..... C EXPAREJA..... D NOVIO(A)..... E EXNOVIO(A)..... F CONOCIDO(A)..... G VECINO(A)..... H OTRO PERSONA PARIENTE SUYO..... I PERSONA AMIGA..... J PROFESOR(A)..... K JEFE(A)..... L DESCONOCIDO(A)..... M OTRO: X	
1247	<p>¿Cuando sucedió esto, usó anticoncepción de emergencia?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
1248	<p>¿Como resultado de este suceso quedó embarazada?</p>	SI..... 1 NO..... 2	
1249	<p>¿Estos hechos fueron después de mayo del año 2006?</p>	SI..... 1 NO..... 2	1253

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1250	¿En algún momento le hablaron sobre el derecho que tiene una mujer de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo, en caso de que haya sido objeto de una violación?	SI..... 1 NO..... 2	
1251	¿Solicitó Ud. la interrupción voluntaria del embarazo por esta razón?	SI..... 1 NO..... 2	1253
1252	¿Se le realizó la interrupción voluntaria que Ud. solicitó?	SI..... 1 NO..... 2	
1253	¿Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1254	¿Alguna vez ha sido obligada a tener relaciones o actos sexuales para obtener dinero o beneficios para otras personas?	SI..... 1 NO..... 2	1257
1255	¿Quién la obligó? ¿Alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXPAREJA..... C OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... D NOVIO(A)..... E AMIGA(O)..... F PROFESOR(A)..... G JEFE(A)..... H DESCONOCIDO(A)..... I OTRO: X	
1256	¿Qué edad tenía Ud. cuando la forzaron por primera vez a tener relaciones o actos sexuales para obtener beneficios para otras personas?	EDAD..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1257	¿Alguna vez la han tocado o manoseado sin que Ud. quisiera?	SI..... 1 NO..... 2	1259
1258	¿En qué lugar sucedió esto? ¿Algún otro lugar? MARQUE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE	TRANSPORTE PÚBLICO..... A CALLE..... B CASA DE ELLA..... C INSTITUCIÓN EDUCATIVA..... D MERCADO/ALMACEN..... E REUNIÓN..... F BAR/DISCOTECA/CANTINA..... G TRABAJO..... H OTRO: X	
1259	¿Alguna vez se ha sentido incómoda o morboseada en la calle?	SI..... 1 NO..... 2	
1260	¿Alguna vez le exigieron prueba de embarazo cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA SOLICITÓ TRABAJO..... 3	1263
1261	¿Alguna vez le exigieron certificado de esterilización cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	
1262	¿Alguna vez le exigieron prueba de VIH cuando solicitó trabajo?	SI..... 1 NO..... 2	
1263	¿Alguna vez estando embarazada la despidieron de su trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NUNCA EMBARAZADA/NO HA TRABAJADO FUERA DEL HOGAR ESTANDO EMBARAZADA 3	
1264	VERIFIQUE: 1203 = i, l 1204, 1205=b, c, d, e, 1206, 1232, 1241, 1243, 1254 HA SUFRIDO VIOLENCIA <input type="checkbox"/> NI UN SOLO "SI" <input type="checkbox"/> → 1274		
1265	¿Cuando ha sufrido de violencia, Ud. le ha pedido ayuda a personas cercanas a usted?	SI..... 1 NO..... 2	1267
1266	¿A quién le ha pedido ayuda? ¿A alguien más? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE	MADRE/PADRE..... A MADRASTRA/PADRASTRO..... B EXPAREJA..... C OTRA PERSONA PARIENTE DEL MARIDO..... D OTRA PERSONA PARIENTE SUYO..... E NOVIO(A)..... F EXNOVIO(A)..... G PAREJA..... H AMIGA(O)/VECINA(O)..... I PROFESOR(A)/EMPLEADOR(A)..... J OTRO: X	

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
1267	<p>¿Cuando ha sufrido de violencia, Ud. ha acudido a alguna institución para buscar ayuda?</p> <p>Si "SI", ¿A cuál institución ha acudido?</p> <p>¿A alguna otra institución?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A</p> <p>COMISARÍA DE FAMILIA..... B</p> <p>ICBF..... C</p> <p>FISCALÍA..... D</p> <p>JUZGADO..... E</p> <p>INSTITUCIÓN DE SALUD..... F</p> <p>PROFAMILIA..... G</p> <p>PERSONERO..... H</p> <p>CASA DE JUSTICIA..... I</p> <p>DEFENSORÍA..... J</p> <p>OTRA: X</p> <p>NUNCA HA BUSCADO AYUDA..... Z</p>	<p>→ 1271</p>																																								
1268	<p>¿Denunció la violencia?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→ 1271</p>																																								
1269	<p>¿Ante qué autoridad denunció la violencia?</p> <p>¿Ante alguna otra autoridad?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>INSPECCIÓN DE POLICÍA..... A</p> <p>COMISARÍA DE FAMILIA..... B</p> <p>FISCALÍA..... C</p> <p>JUZGADO..... D</p> <p>OTRA: X</p>																																									
1270	<p>¿Cuál fue el resultado del denuncia?</p> <p>¿Algo más?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>SANCIONARON AL AGRESOR..... A</p> <p>LE PROHIBIERON VOLVER A ENTRAR A LA CASA..... B</p> <p>LE PROHIBIERON ACERCARSE A ELLA..... C</p> <p>NO RECIBIÓ SANCIÓN/NO SE PRESENTÓ..... D</p> <p>NO CESÓ LA VIOLENCIA..... E</p> <p>AUMENTÓ LA VIOLENCIA..... F</p> <p>LA CITARON A CONCILIACIÓN..... G</p> <p>OTRA: X</p>	<p>→ 1272</p>																																								
1271	<p>¿Cuáles son las razones por las que usted no ha denunciado (o retiró el denuncia) a la persona que le hizo daño?</p> <p>(MÁS GOLPES, QUE LE quite LOS HIJOS, EL APOYO ECONÓMICO)</p> <p>¿Alguna otra razón?</p> <p>MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE MENCIONE</p>	<p>NO SABE A DÓNDE IR..... A</p> <p>VERGÜENZA Y HUMILLACIÓN..... B</p> <p>ES PARTE DE LA VIDA (NORMAL)..... C</p> <p>SIENTE QUE MERECE EL ABUSO..... D</p> <p>MIEDO DE DIVORCIO/SEPARACIÓN..... E</p> <p>MIEDO A REPRESALIAS..... F</p> <p>SIENTE QUE LOS DAÑOS NO FUERON FUERTE..... G</p> <p>NO QUIERE HACERLE DAÑO A LA PERSONA QUE LA AGREDIÓ..... H</p> <p>CREE QUE PUEDE RESOLVERLO SOLA..... I</p> <p>NO CREE EN LA JUSTICIA..... J</p> <p>HA TENIDO EXPERIENCIAS NEGATIVAS AL DENUNCIAR..... K</p> <p>PIENSA QUE NO VA A VOLVER A OCURRIR..... L</p> <p>TODAVÍA QUIERE A LA PERSONA QUE LA AGREDIÓ..... M</p> <p>OTRO: X</p>																																									
1272	<p>¿Fue Ud. a consulta médica o a un centro de salud como resultado de la violencia?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>→ 1274</p>																																								
1273	<p>¿Cuando Ud. fue a consulta médica o al centro de salud como resultado de la violencia, usted recibió información sobre las formas para buscar protección y los mecanismos para denunciar?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>																																									
A continuación vamos a hablar sobre las ideas que tienen las personas respecto a la violencia contra las mujeres																																											
1274	<p>Por favor dígame si Ud. esta de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases:</p> <p>HAGA USO DE LA TARJETA</p> <p>a. Cuando los hombres están bravos es mejor no provocarlos.....</p> <p>b. Cuando las mujeres están bravas es mejor no provocarlas.....</p> <p>c. Los hombres de verdad son capaces de controlar a sus parejas.....</p> <p>d. A veces está bien que los hombres golpeen a sus parejas.....</p> <p>e. Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel.....</p> <p>f. Una buena esposa obedece a su esposo siempre.....</p> <p>g. Una mujer puede escoger sus amistades aunque a su pareja no le guste.....</p> <p>h. Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta.....</p> <p>i. Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja.....</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DE ACUERDO</th><th>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</th><th>EN DESACUERDO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>b.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>c.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>d.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>e.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>f.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>g.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>h.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>i.</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	a.	3	2	1	b.	3	2	1	c.	3	2	1	d.	3	2	1	e.	3	2	1	f.	3	2	1	g.	3	2	1	h.	3	2	1	i.	3	2	1	
	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO																																								
a.	3	2	1																																								
b.	3	2	1																																								
c.	3	2	1																																								
d.	3	2	1																																								
e.	3	2	1																																								
f.	3	2	1																																								
g.	3	2	1																																								
h.	3	2	1																																								
i.	3	2	1																																								

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A
1275	Algunas veces al hombre le molestan o disgustan las cosas que su pareja hace. Ud. está de acuerdo o en desacuerdo con que un esposo/compañero golpee a su pareja cuando: a. ¿Ella sale de la casa sin decírselo a él?..... b. ¿Ella descuida/desatiende a los niños?..... c. ¿Ella discute con él?..... d. ¿Ella se niega a tener relaciones sexuales con él?..... e. ¿A ella se le quema la comida?.....	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO SABE	
		2	1	8	
		2	1	8	
		2	1	8	
		2	1	8	
		2	1	8	
1276	¿Ud. tiene un amigo (hombre) que haya agredido verbalmente a una mujer?	SI.....		1	
		NO.....		2	
		NO RESPONDE.....		8	
1277	¿Ud. le llamaría la atención a un amigo que agrede verbalmente a una mujer?	YA LO HA HECHO.....		1	
		SI LO HARÍA.....		2	
		NO LO HARÍA.....		3	
		NO RESPONDE.....		8	
1278	Qué haría Ud. si alguno de sus amigos golpea a una mujer: a. ¿Interviene en ese momento?..... b. ¿Habla con él después?..... c. ¿Hace de cuenta que no es con Ud.?..... d. ¿Llama a la policía?..... e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?.....	SI	NO	NS	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
1279	Qué haría Ud. si ve a un hombre desconocido golpeando a una mujer: a. ¿Interviene en ese momento?..... b. ¿Habla con él después?..... c. ¿Hace de cuenta que no es con Ud.?..... d. ¿Llama a la policía?..... e. ¿Mueve a sus vecinos para hacer algo?.....	SI	NO	NS	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	
		1	2	8	

SECCIÓN 13. ROLES DE GÉNERO

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																						
	Ahora vamos a hablar sobre el papel que juegan los hombres y las mujeres en la sociedad																																																								
1301	<p>Por favor dígame si Ud. está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases sobre las relaciones entre los hombres y las mujeres:</p> <p>HAGA USO DE LA TARJETA</p> <p>a. El papel más importante de las mujeres es cuidar su casa y cocinar para su familia.....</p> <p>b. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres.....</p> <p>c. Los hombres no hablan de sexo, lo hacen.....</p> <p>d. Algunas veces se justifica golpear a las mujeres.....</p> <p>e. Cambiar pañales, bañar a los(as) niños(as) y alimentarlos es responsabilidad de las mujeres.....</p> <p>f. Son las mujeres quienes deben tomar las precauciones para no embarazarse.....</p> <p>g. Cuando se tienen que tomar las decisiones en la casa, los hombres tienen la última palabra.....</p> <p>h. Los hombres siempre están listos para tener sexo.....</p> <p>i. Una mujer debe aguantar la violencia del marido para mantener su familia unida.....</p> <p>j. Sería un atrevimiento que la mujer pida usar condón.....</p> <p>k. Nunca tendría un amigo gay.....</p> <p>l. Si alguien me insulta yo defiendiendo mi honra hasta con la fuerza si es necesario.....</p>	<table> <tr> <th>DE ACUERDO</th> <th>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table>	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1																			
DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
1302	<p>Voy a leerle algunas frases, por favor dígame si Ud. está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases:</p> <p>HAGA USO DE LA TARJETA</p> <p>a. Los hombres son la cabeza del hogar.....</p> <p>b. Una mujer necesita un hombre para ser feliz.....</p> <p>c. Los hombres necesitan de una mujer en la casa.....</p> <p>d. Las familias que cuentan con un hombre tienen menos problemas.....</p> <p>e. Es más grave que una mujer deje a sus hijos(as) a que un hombre lo haga.....</p> <p>f. La mujer se debe casar virgen.....</p> <p>g. La masturbación es cosa de hombres.....</p> <p>h. La mujer es libre de decidir si quiere trabajar.....</p>	<table> <tr> <th>DE ACUERDO</th> <th>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </table>	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1																												
DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
3	2	1																																																							
1303	<p>VERIFIQUE 601:</p> <p>SI, ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> CASADA/UNIÓN</p> <p>NO, NO EN <input type="checkbox"/> UNIÓN</p>		1307																																																						
1304	<p>Aparte de la ayuda que puedan recibir de otras personas, cómo se dividen Ud. y su pareja las siguientes tareas de la casa:</p> <p>a. Limpiar la casa.....</p> <p>b. Hacer reparaciones de la casa.....</p> <p>c. Preparar comida.....</p> <p>d. Limpiar el baño.....</p> <p>e. Lavar la ropa.....</p> <p>f. Comprar comida/hacer mercado.....</p> <p>g. Pagar recibos.....</p> <p>h. Cuidar a otros(as) parientes/enfermos/personas mayores/discapacidad.....</p>	<table> <tr> <th>ENTREV. HACE TODO</th> <th>MÁS ENTREV. QUE PAREJA</th> <th>LOS DOS POR IGUAL</th> <th>MÁS PAREJA QUE ENTREV.</th> <th>PAREJA HACE TODO</th> <th>NINGUNO DE LOS DOS LO HACE</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> </table>	ENTREV. HACE TODO	MÁS ENTREV. QUE PAREJA	LOS DOS POR IGUAL	MÁS PAREJA QUE ENTREV.	PAREJA HACE TODO	NINGUNO DE LOS DOS LO HACE	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	
ENTREV. HACE TODO	MÁS ENTREV. QUE PAREJA	LOS DOS POR IGUAL	MÁS PAREJA QUE ENTREV.	PAREJA HACE TODO	NINGUNO DE LOS DOS LO HACE																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1307	<p>VERIFIQUE 217 Y 220: TIENE HIJOS(AS) NACIDOS(AS) DESDE ENERO DE 2010 VIVIENDO CON LA ENTREVISTADA.</p> <p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>		1310																																																						
1308	<p>Aparte de la ayuda que puedan recibir de otras personas, como se dividen Ud. y su pareja las siguientes tareas con respecto a los niños y niñas:</p> <p>a. El cuidado diario de los niños(as).....</p> <p>b. Estar en la casa con el niño(a) cuando está enfermo(a).....</p> <p>c. Recogerlo(a) de la escuela, colegio o guardería.....</p> <p>d. Llevar al niño(a) a actividades deportivas o de diversión.....</p> <p>e. Ayudar al niño(a) a hacer tareas.....</p>	<table> <tr> <th>ENTREV. HACE TODO</th> <th>ENTREV. MÁS QUE PAREJA</th> <th>LOS DOS POR IGUAL</th> <th>MÁS PAREJA QUE ENTREV.</th> <th>PAREJA HACE TODO</th> <th>NINGUNO DE LOS DOS LO HACE</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>7</td> </tr> </table>	ENTREV. HACE TODO	ENTREV. MÁS QUE PAREJA	LOS DOS POR IGUAL	MÁS PAREJA QUE ENTREV.	PAREJA HACE TODO	NINGUNO DE LOS DOS LO HACE	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7																			
ENTREV. HACE TODO	ENTREV. MÁS QUE PAREJA	LOS DOS POR IGUAL	MÁS PAREJA QUE ENTREV.	PAREJA HACE TODO	NINGUNO DE LOS DOS LO HACE																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				
1	2	3	4	5	7																																																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																				
1309	¿Quién cuida usualmente del (de la) niño(a) menor en el hogar, cuando Ud. sale de la casa?	ENTREVISTADA LO(A) LLEVA CONSIGO..... 01 PAREJA..... 02 LA NIÑA MAYOR..... 03 EL NIÑO MAYOR..... 04 ABUELO(A)..... 05 OTROS PARIENTES..... 06 VECINO(A)S..... 07 AMIGO(A)S..... 08 EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)..... 09 NIÑO(A) ESTÁ EN LA ESCUELA..... 10 CUIDADO ICBF..... 11 CUIDADO OTRA INSTITUCIÓN..... 12 NADIE LO(A) CUIDA..... 13 OTRO: 96																																					
Las siguientes preguntas tienen que ver con la percepción que se tiene sobre las personas homosexuales																																							
1310	Ud. ha presenciado alguna vez, que a una persona por ser homosexual: a. ¿No la hayan contratado o haya sido despedida de su trabajo?..... b. ¿Le hayan prohibido la entrada o permanencia en algún comercio o lugar de entretenimiento?..... c. ¿No la hayan atendido en un servicio de salud?..... d. ¿Haya sido discriminada por profesores(as) o compañeros(as) en la escuela, colegio o universidad?..... e. ¿Haya sido discriminada por amigos(as)?..... f. ¿Haya sido discriminada por vecinos(as)?..... g. ¿Haya sido discriminada por jefe(a) o compañeros(as) de trabajo?..... h. ¿Haya sido excluida o marginada del ambiente familiar?..... i. ¿Haya sido excluida o marginada de un espacio o grupo religioso?..... j. ¿Haya sido maltratada por policías?..... x. ¿Otro tipo de discriminación?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>j.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>x.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	a.	1	2	b.	1	2	c.	1	2	d.	1	2	e.	1	2	f.	1	2	g.	1	2	h.	1	2	i.	1	2	j.	1	2	x.	1	2	
	SI	NO																																					
a.	1	2																																					
b.	1	2																																					
c.	1	2																																					
d.	1	2																																					
e.	1	2																																					
f.	1	2																																					
g.	1	2																																					
h.	1	2																																					
i.	1	2																																					
j.	1	2																																					
x.	1	2																																					
1312	¿Si una persona desconocida recibe agravios o burlas por ser homosexual, Ud. que haría?	NO HARÍA NADA POR TEMOR..... 1 SERÍA INDIFERENTE..... 2 NO HARÍA NADA PORQUE ESTÁ DE ACUERDO CON EL AGRAVIO..... 3 DEFENDERÍA A LA PERSONA AGREDIDA..... 4 OTRA..... 6 NO SABE..... 8																																					
1313	¿Usted cree que las personas homosexuales tienen los mismos derechos que las personas heterosexuales?	SI 1 NO..... 2																																					
1314	¿Ud. aprueba o desaprueba que se reconozcan los derechos a las parejas del mismo sexo?	APRUEBA 1 DESAPRUEBA..... 2																																					
1315	¿Está Ud. de acuerdo con que las parejas homosexuales adopten niños?	SI..... 1 NO..... 2																																					
1316	Voy a leerle algunas frases, por favor dígame si Ud. está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases: HAGA USO DE LA TARJETA a. Una persona homosexual puede ser buen padre o madre..... b. No me gusta cuando veo a un hombre con actitudes femeninas..... c. No me gusta cuando veo a una mujer con actitudes masculinas..... d. Es mejor que dos personas del mismo sexo no se besen en la calle..... e. Dejaría a mi hijo(a) al cuidado de una persona que sé que es homosexual..... f. Preferiría no tener vecinos(as) homosexuales..... g. Me parece que ser homosexual es pecado..... h. Prefiero tener un(a) hijo(a) delincuente que homosexual.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DE ACUERDO</th> <th>NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO</th> <th>EN DESACUERDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>b.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>c.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>d.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>e.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>f.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	a.	3	2	1	b.	3	2	1	c.	3	2	1	d.	3	2	1	e.	3	2	1	f.	3	2	1	g.	3	2	1	h.	3	2	1	
	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO																																				
a.	3	2	1																																				
b.	3	2	1																																				
c.	3	2	1																																				
d.	3	2	1																																				
e.	3	2	1																																				
f.	3	2	1																																				
g.	3	2	1																																				
h.	3	2	1																																				
1320	VERIFIQUE 201, 218: 201=1, 218=1 TIENE HIJOS(AS) VIVOS(AS) <input type="checkbox"/> NO TIENE HIJOS(AS) VIVO(AS) <input type="checkbox"/> →1324																																						
1321	¿Usted tiene un(a) hijo(a) homosexual?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE..... 8	→1323																																				

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
1322	¿Qué haría Ud. principalmente si supiera que un hijo(a) suyo(a) es homosexual?	LO(A) ECHARÍA DE LA CASA..... 01 LE QUITARÍA EL APOYO ECONÓMICO..... 02 LO(A) ENVIARÍA AL PSICÓLOGO..... 03 LO(A) ENVIARÍA AL MÉDICO..... 04 LO(A) APOYARÍA..... 05 LO(A) ACONSEJARÍA/ORIENTARÍA..... 06 NO SABRÍA QUÉ HACER..... 07 LO(A) ACEPTARÍA..... 08 OTRO: 96	1324
1323	¿Qué hizo Ud. cuando supo que su hijo(a) era homosexual?	LO(A) ECHÓ DE LA CASA..... 01 LE QUITÓ EL APOYO ECONÓMICO..... 02 LO(A) ENVIÓ AL PSICÓLOGO..... 03 LO(A) ENVIÓ AL MÉDICO..... 04 LO(A) APOYÓ..... 05 LO(A) ACONSEJÓ/ORIENTÓ..... 06 NO SUPO QUÉ HACER..... 07 LO(A) ACEPTÓ..... 08 OTRO: 96	
1324	¿De todos los temas sobre los que hablamos, cuál fue el que más le gustó?	_____ _____ _____ _____	
1325	HORA DE TERMINACIÓN:	HORA..... MINUTOS.....	

AGRADEZCA A LA ENTREVISTADA POR SU COOPERACIÓN Y VUÉLVALE A ASEGURAR ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS RESPUESTAS.

			1	2	
INSTRUCCIONES: EN CADA CASILLA SÓLO DEBE APARECER UN CÓDIGO. LA COLUMNA 1 DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE.					
2	03	MAR			01
1	02	FEB			02
6	01	ENE			03
	12	DIC			04
	11	NOV			05
	10	OCT			06
	09	SEP			07
2	08	AGO			08
0	07	JUL			09
1	06	JUN			10
5	05	MAY			11
	04	ABR			12
	03	MAR			13
	02	FEB			14
	01	ENE			15
	12	DIC			16
	11	NOV			17
	10	OCT			18
	09	SEP			19
2	08	AGO			20
0	07	JUL			21
1	06	JUN			22
4	05	MAY			23
	04	ABR			24
	03	MAR			25
	02	FEB			26
	01	ENE			27
	12	DIC			28
	11	NOV			29
	10	OCT			30
	09	SEP			31
2	08	AGO			32
0	07	JUL			33
1	06	JUN			34
3	05	MAY			35
	04	ABR			36
	03	MAR			37
	02	FEB			38
	01	ENE			39
	12	DIC			40
	11	NOV			41
	10	OCT			42
	09	SEP			43
2	08	AGO			44
0	07	JUL			45
1	06	JUN			46
2	05	MAY			47
	04	ABR			48
	03	MAR			49
	02	FEB			50
	01	ENE			51
	12	DIC			52
	11	NOV			53
	10	OCT			54
	09	SEP			55
2	08	AGO			56
0	07	JUL			57
1	06	JUN			58
1	05	MAY			59
	04	ABR			60
	03	MAR			61
	02	FEB			62
	01	ENE			63
	12	DIC			64
	11	NOV			65
	10	OCT			66
	09	SEP			67
2	08	AGO			68
0	07	JUL			69
1	06	JUN			70
0	05	MAY			71
	04	ABR			72
	03	MAR			73
	02	FEB			74
	01	ENE			75

INFORMACION A SER CODIFICADA EN CADA COLUMNA.

COL. 1: Nacimientos, Embarazos, Uso de Anticonceptivos

N NACIMIENTOS
E EMBARAZOS
T TERMINACIONES

0 NINGÚN MÉTODO
1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA
2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA
3 PÍLDORAS
4 DIU
5 INYECCIÓN MENSUAL
6 INYECCIÓN TRIMESTRAL
7 IMPLANTES (IMPLANON/JADELLE)
8 ANILLO VAGINAL
9 CONDÓN
I ESPUMA/JALEA/ÓVULOS (VAGINALES)
J AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)
K RITMO (ABSTINENCIA PERIÓDICA)
L RETIRO
M PARCHE ANTICONCEPTIVO
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)

COL 2: Discontinuidad de Uso Anticonceptivo

1 QUEDÓ EMBARAZADA MIENTRAS LO USABA
2 DESEABA QUEDAR EMBARAZADA
3 MARIDO DESAPROBÓ
4 EFECTOS COLATERALES
5 MOTIVOS DE SALUD
6 ACCESO/DISPONIBILIDAD
7 DESEABA MÉTODO MÁS EFECTIVO
8 USO INCONVENIENTE
9 SEXO POCO FRECUENTE/MARIDO AUSENTE
C COSTO
F FATALISTA
A DIFÍCIL QUEDAR EMBARAZADA/MENOPAUSIA
D DISOLUCIÓN MARITAL/SEPARACIÓN
X OTRO: _____
(ESPECIFIQUE)
Z NO SABE

OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTADOR/A

(Par ser llenado tan pronto se termine la entrevista)

Comentarios acerca de la entrevista:

Comentarios sobre preguntas específicas:

Algún otro comentario:

[illegible]**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISORA**[illegible]

Nombre de la Supervisora: _____ Fecha: _____

