

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
105	<p>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, USTED TUVO ALGÚN PROBLEMA DE SALUD COMO: (Marque una o más alternativas de respuesta)</p>	<p>1. ¿Enfermedades crónicas (asma, bronquitis crónica o enfisema, hipertensión, es decir, presión alta, Diabetes, es decir, azúcar alta en la sangre)? <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Enfermedades infecto contagiosas (tuberculosis, infecciones de transmisión sexual (sífilis, Gonorrea, etc.), VIH / SIDA)? <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Salud mental (depresión, ansiedad)? <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Otro? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p> <p>5. Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>→ PASE A 109</p>
106	<p>¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA ATENDERSE POR ESTA(S) ENFERMEDAD(ES)? (Marque una o más alternativas de respuesta)</p>	<p>1. MINSA (puesto de salud, centro de salud, hospital) <input type="checkbox"/></p> <p>2. ESSALUD (posta, policlínico, hospital) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Hospital fuerzas armadas y/o Policía Nacional del Perú <input type="checkbox"/></p> <p>4. Hospital de la solidaridad <input type="checkbox"/></p> <p>5. Consultorio médico particular <input type="checkbox"/></p> <p>6. Clínica particular <input type="checkbox"/></p> <p>7. Farmacia o botica <input type="checkbox"/></p> <p>8. Otro _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p> <p>9. No busqué atención <input type="checkbox"/></p>	<p>→ PASE A 108</p>
107	<p>¿QUIÉN ATENDIÓ SU CONSULTA? (Marque una o más alternativas de respuesta)</p>	<p>1. Profesional especializado (médico, enfermera/o u obstetra) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Sanitaria/o (Auxiliar o técnico en salud) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Boticaria/o, farmacéutica/o <input type="checkbox"/></p> <p>4. Curandera/o, hierbera/o <input type="checkbox"/></p> <p>5. Otro _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p>	<p>→ PASE A 109</p>
108	<p>¿POR QUÉ MOTIVOS NO BUSCÓ ATENCIÓN MÉDICA? (Marque una o más alternativas de respuesta)</p>	<p>1. No tuve dinero <input type="checkbox"/></p> <p>2. El establecimiento de salud se encuentra lejos <input type="checkbox"/></p> <p>3. Demoran mucho para atender <input type="checkbox"/></p> <p>4. No confío en el personal de salud <input type="checkbox"/></p> <p>5. Prefiero curarme con remedios caseros <input type="checkbox"/></p> <p>6. Me auto receté <input type="checkbox"/></p> <p>7. Otro _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p>	
109	<p>¿USTED HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)/VIH-SIDA, ATENDIENDO SUS NECESIDADES COMO PERSONA LGBTI? (Marque sólo una alternativa de respuesta)</p>	<p>1. Si, por parte de una organización del Estado <input type="checkbox"/></p> <p>2. Si, por parte de una organización de la Sociedad Civil (Colectivo, ONG, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p>3. Si, por parte de _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)</p> <p>4. No <input type="checkbox"/></p>	

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
110	¿UTILIZA USTED, ALGUN MÉTODO PARA PREVENIR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)/VIH-SIDA, COMO: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Condón?..... <input type="checkbox"/> 2. Barrera látex?..... <input type="checkbox"/> 3. Otro? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique) 4. Ninguno..... <input type="checkbox"/>	→ PASE A 112
111	¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA DICHS MÉTODOS? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Siempre..... <input type="checkbox"/> 2. Frecuentemente <input type="checkbox"/> 3. Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	
IDENTIDAD, CUERPO Y SEXUALIDAD			
112	¿CON QUÉ SEXO FUE REGISTRADO(A) AL NACER? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Masculino..... <input type="checkbox"/> 2. Femenino..... <input type="checkbox"/>	
113	DE ACUERDO A SU ORIENTACIÓN SEXUAL, ¿USTED ACTUALMENTE SE CONSIDERA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Heterosexual?..... <input type="checkbox"/> 2. Gay?..... <input type="checkbox"/> 3. Lesbiana?..... <input type="checkbox"/> 4. Bisexual?..... <input type="checkbox"/> 5. Pansexual <input type="checkbox"/> 6. Asexual? <input type="checkbox"/> 7. Otro? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)	
114	DE ACUERDO A SU IDENTIDAD DE GÉNERO, ¿USTED SE CONSIDERA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Trans femenina, mujer trans (transexual, transgénero, travesti)?..... <input type="checkbox"/> 2. Trans masculino, hombre trans?..... <input type="checkbox"/> 3. Persona de género no binario?..... <input type="checkbox"/> 4. No soy una persona trans (transexual, transgénero, travesti)? .. <input type="checkbox"/> 5. Otro? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)	} PASE A 116
115	USTED, ¿HA LOGRADO EL CAMBIO DE NOMBRE Y SEXO EN SU DNI?	1. Si..... <input type="checkbox"/> 2. No..... <input type="checkbox"/>	
116	¿USTED EXPRESA SIN TEMOR SU ORIENTACIÓN SEXUAL Y/O IDENTIDAD DE GÉNERO? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Si..... <input type="checkbox"/> 2. No..... <input type="checkbox"/>	→ PASE A 118
117	¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS POR EL QUE TEME EXPRESAR SU ORIENTACIÓN SEXUAL/IDENTIDAD DE GÉNERO? (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. A perder mi trabajo u otras oportunidades laborales <input type="checkbox"/> 2. A perder mi familia <input type="checkbox"/> 3. Dejar de ser aceptado por mis amigos/as..... <input type="checkbox"/> 4. A ser discriminado y/o agredido..... <input type="checkbox"/> 5. A perder el lugar donde vivo <input type="checkbox"/> 6. A no conseguir lugar donde vivir..... <input type="checkbox"/> 7. Otro _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)	
ENTORNO FAMILIAR			
118	¿ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA CONOCE QUE USTED ES UNA PERSONA LGBTI? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Si..... <input type="checkbox"/> 2. No..... <input type="checkbox"/> 3. No lo se <input type="checkbox"/>	} PASE A 120

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
119	¿AI CONOCER SU ORIENTACIÓN SEXUAL/IDENTIDAD DE GÉNERO ¿SUS FAMILIARES: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. <i>Le obligaron a asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor, curandero, chamán para "curarle" o "cambiarle"?</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>Le sometieron forzosamente a tratamiento hormonales correctivo?</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>Le agredieron sexualmente para corregir su orientación sexual?</i> ... <input type="checkbox"/> 4. <i>Le aceptaron, pero niegan su orientación sexual?</i> <input type="checkbox"/> 5. <i>Le aceptaron pero niegan su identidad de género?</i> <input type="checkbox"/> 6. <i>Le respetaron, aceptaron e integraron?</i> <input type="checkbox"/> 7. <i>Se identificaron con la defensa de los derechos LGBTI?</i> <input type="checkbox"/> 8. <i>No lo apoyan, ni lo aceptan?</i> <input type="checkbox"/>	
120	¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA INTERSEXUAL?	1. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>No</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>No sabe/No está seguro(a)</i> <input type="checkbox"/>	
121	¿CONSIDERA USTED NECESARIO MODIFICAR SU CUERPO PARA SER RECONOCIDO(A) EN EL GÉNERO CON EL QUE SE IDENTIFICA?	1. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>No</i> <input type="checkbox"/>	
122	ACTUALMENTE CON RELACIÓN A SU VIDA EN PAREJA, ¿USTED SE ENCUENTRA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. <i>Sin pareja?</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>Con pareja, sin convivencia?</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>Con pareja, en convivencia?</i> <input type="checkbox"/> 4. <i>Con más de una pareja?</i> <input type="checkbox"/>	
123	¿SI USTED TIENE HIJOS, ESTOS ESTAN LEGALMENTE RECONOCIDOS?	1. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>No</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>No tiene</i> <input type="checkbox"/>	

DISCAPACIDAD

La siguiente pregunta es para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE (más de 6 meses), que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias

124	¿TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD O DIFICULTAD PERMANENTE, QUE LE IMPIDA DESARROLLAR NORMALMENTE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, IGUAL QUE LAS DEMÁS PERSONAS?	1. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>No</i> <input type="checkbox"/>	
-----	---	--	--

EMPLEO

125	LA SEMANA PASADA ¿TRABAJÓ AL MENOS UNA HORA POR ALGÚN PAGO EN DINERO O ESPECIE? (Sin contar los quehaceres del hogar)	1. <i>Si</i> <input type="checkbox"/> → PASE A 128 2. <i>No</i> <input type="checkbox"/>	
126	LA SEMANA PASADA: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. <i>¿No trabajó pero tenía trabajo?</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>¿Aunque no trabajó, tiene algún negocio propio al que volverá?</i> <input type="checkbox"/> 3. <i>¿Realizó algún cachuelo por un pago en dinero o especie?</i> <input type="checkbox"/> 4. <i>¿Realizó labores en la chacra, cuidó y/o pastoreó animales?</i> <input type="checkbox"/> 5. <i>¿Estuvo ayudando en la tienda o negocio de un familiar sin pago alguno?</i> <input type="checkbox"/> 6. <i>¿Estuvo al cuidado del hogar y no trabajó?</i> <input type="checkbox"/> 7. NO TRABAJÓ <input type="checkbox"/>	PASE A 128

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
127	LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO?	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/>	} PASE A 134
128	LA SEMANA PASADA ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ? (Ejemplos: PROFESOR DE EDUCACIÓN SECUNDARIA, ABOGADO(A), AGRICULTOR(A), VENDEDOR(A), COCINERO(A), ETC.)	_____ (Especifique)	
129	¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL LA SEMANA PASADA? (Ejemplos: CONFECCIÓN DE VESTIDOS, VENTA DE ABARROTES AL POR MAYOR EN TIENDA, RESTAURANTE, ETC.)	_____ (Especifique)	
130	LA SEMANA PASADA, EN SU CENTRO DE TRABAJO SE DESEMPEÑO COMO: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. ¿Empleado(a)? <input type="checkbox"/> 2. ¿Obrero(a)? <input type="checkbox"/> 3. ¿Trabajador(a) independiente(a) o por cuenta propia? <input type="checkbox"/> 4. ¿Empleador(a) o patrono(a)? <input type="checkbox"/> 5. ¿Trabajador(a) familiar no remunerado(a)? <input type="checkbox"/> 6. ¿Trabajador(a) del hogar? <input type="checkbox"/> 7. ¿Otro(a)? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)	
131	USTED, EN ESTE TRABAJO ENFRENTÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿Le amenazaron o agredieron física, verbal o sexualmente? ... <input type="checkbox"/> 2. ¿Le amenazaron con despedirte del trabajo? <input type="checkbox"/> 3. ¿No le pagaron lo que le prometieron? <input type="checkbox"/> 4. ¿Le obligaron a permanecer en el trabajo para que le den su pago? <input type="checkbox"/> 5. ¿Trabajó en todo momento (día y noche)? <input type="checkbox"/> 6. ¿No tuvo acceso a servicio de baño (condiciones insalubres)? <input type="checkbox"/> 7. Ninguna <input type="checkbox"/>	
132	SI USTED QUISIERA DEJAR DE TRABAJAR EN ESTE TRABAJO, ¿PODRÍA HACERLO? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1.Si..... <input type="checkbox"/> 2.No..... <input type="checkbox"/>	→ PASE A 134
133	QUÉ PASARÍA SI NO SIGUE USTED TRABAJANDO: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. ¿Mi familia y/o yo podríamos sufrir alguna amenaza? <input type="checkbox"/> 2. ¿Mi empleador me pondría en una lista que me impediría trabajar en la zona? <input type="checkbox"/> 3. ¿Algún otro miembro de mi familia perdería beneficios, como el acceso a tierras, préstamos o empleo? <input type="checkbox"/> 4. ¿Nada, pero no hay más trabajos por mi zona? <input type="checkbox"/> 5. ¿Otro? _____ <input type="checkbox"/> (Especifique)	

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 500. PERCEPCIÓN SOBRE LA CONDICIÓN DE LA PERSONA LGBTI

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
501	¿USTED CREE QUE LA SOCIEDAD PERUANA ACTUALMENTE ES MÁS RESPETUOSA, RESPECTO A LA ORIENTACIÓN SEXUAL/ IDENTIDAD DE GÉNERO DE LAS PERSONAS? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Si..... <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sé, <input type="checkbox"/>	
502	ESCUCHA USTED LENGUAJE OFENSIVO EN NUESTRA SOCIEDAD EN RELACIÓN A LAS PERSONAS LGBTI DE PARTE DE: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Líderes religiosos..... <input type="checkbox"/> 2. Líderes políticos..... <input type="checkbox"/> 3. Medios de Comunicación, escritos, radiales, televisivos <input type="checkbox"/> 4. Nunca <input type="checkbox"/>	
503	POR EL LUGAR DONDE VIVE ¿QUE INSTITUCIÓN REALIZÓ PROGRAMAS O CAMPAÑAS DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN Y/O VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS LGBTI? (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Organismos no Gubernamentales (ONG) <input type="checkbox"/> 2. Gobierno/Estado <input type="checkbox"/> 3. Otras instituciones y/o empresas..... <input type="checkbox"/> 4. Ninguno <input type="checkbox"/>	
504	¿COMO CALIFICARÍA USTED EL AVANCE EN EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS LGBTI, EN EL PERÚ? (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Bueno <input type="checkbox"/> 2. Regular <input type="checkbox"/> 3. Malo <input type="checkbox"/> 4. No sé/no respondo <input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES	

Por favor sírvase marcar un aspa (x) la alternativa, que usted considere adecuada.

SECCIÓN 600. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

N°	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
DATOS DE LA VIVIENDA			
601	¿CUÁNTAS HABITACIONES EN TOTAL TIENE SU VIVIENDA, SIN CONTAR EL BAÑO, COCINA, PASADIZOS, NI GARAJE?	<input type="text"/> Total de habitaciones	
602	INCLUYÉNDOSE USTED ¿CUÁNTAS PERSONAS OCUPAN SU VIVIENDA DE MANERA PERMANENTE O HABITUAL? (De haber recién nacidos y/o ancianos en la vivienda deben ser considerados en el total de personas)	<input type="text"/> N° de Personas	
DATOS DEL HOGAR			
603	¿LA VIVIENDA QUE OCUPA USTED ES: (Marque sólo una alternativa de respuesta)	1. Alquilada? <input type="checkbox"/> 2. Propia, totalmente pagada? <input type="checkbox"/> 3. Propia, comprándola a plazos? <input type="checkbox"/> 4. Cedida por un familiar/pareja/amigo(a)? <input type="checkbox"/> 5. Cedida por su centro de trabajo? <input type="checkbox"/> 6. Otra? <input type="checkbox"/> (Especifique)	
604	¿LA VIVIENDA CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS BÁSICOS: (Marque una o más alternativas de respuesta)	1. Electricidad? <input type="checkbox"/> 2. Agua Potable? <input type="checkbox"/> 3. Desagüe? <input type="checkbox"/> 4. No cuento con estos servicios <input type="checkbox"/>	
605	EN SU HOGAR TIENE: (Dé respuesta a todas las alternativas)	A. EQUIPOS 1. ¿Radio? <input type="checkbox"/> 2. ¿Televisor? <input type="checkbox"/> 3. ¿Refrigeradora? <input type="checkbox"/> 4. ¿Lavadora? <input type="checkbox"/> 5. ¿Horno microondas? <input type="checkbox"/> 6. ¿Tablet? <input type="checkbox"/> 7. ¿Computadora / Laptop? <input type="checkbox"/> 8. No tengo <input type="checkbox"/> B. SERVICIOS 1. ¿Teléfono fijo? <input type="checkbox"/> 2. ¿Teléfono celular? <input type="checkbox"/> 3. ¿Conexión a TV por cable o satelital? <input type="checkbox"/> 4. ¿Conexión a Internet? <input type="checkbox"/> 5. No tengo <input type="checkbox"/> C. VEHÍCULO AUTOMOTOR <input type="checkbox"/> 1. No tengo <input type="checkbox"/>	