

**Centro de Estudios de Población y Desarrollo**  
**Oficina Nacional de Estadística e Información**



**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**  
**Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria**



## **Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH-2017**

### **Cuestionario Individual**

(Para la persona de 12 a 64 años seleccionada en cada vivienda)

#### **SECCION I. LOCALIZACION GEOGRAFICA**

Provincia	Municipio	Parte	Distrito	Área	Sección	No Viv.	Cuestionario No.
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

#### **Observaciones de la Revisión**

	<b>Fecha</b>	<b>Nombre</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Enumerador:</b>	<input type="text"/> mes    día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Supervisor:</b>	<input type="text"/> mes    día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ofic. Municipal:</b>	<input type="text"/> mes    día	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ofic. Provincial:</b>	<input type="text"/> mes    día	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCION II. CARACTERISTICAS Y ANTECEDENTES	
P201	<div> <div>Sexo Biológico (asignado al nacer)</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Hombre  <input type="checkbox"/> 3 Mujer </div> </div>
P202	<div> <div>Edad (en años cumplidos)</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> años </div> </div>
P203	<div> <div>           ¿Cuál es el año o grado de estudio más alto que Ud. aprobó?             ( Anote el año o grado en el nivel educacional correspondiente )         </div> <div> <div> <input type="text"/> 0 <input type="text"/> Ninguno ( 0 ) <span>⇒</span> P204  <input type="text"/> 1 <input type="text"/> Primaria ( 1- 6 )  <input type="text"/> 2 <input type="text"/> Sec. Básica ( 7-10 )  <input type="text"/> 3 <input type="text"/> Obr. Calificado ( 1- 5 )  <input type="text"/> 4 <input type="text"/> Preuniversitario ( 10 - 13 )  <input type="text"/> 5 <input type="text"/> Técnico Medio ( 1- 5 )  <input type="text"/> 6 <input type="text"/> Universitario ( 1- 5 ) </div> <div>           } ⇒ P205 </div> </div> </div>
P204	<div> <div>¿Puede leer un periódico o una carta?</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Sí  <input type="checkbox"/> 3 No </div> </div>
P205	<div> <div>           Durante las últimas 4 semanas, en promedio ¿cuántos días ingirió bebidas alcohólicas como por ejemplo Cerveza, Vino, Ron u otras bebidas que contienen alcohol?            Diría que... <b>Lea en voz alta</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> 1 No ingirió bebidas alcohólicas  <input type="checkbox"/> 2 Menos de una vez por semana  <input type="checkbox"/> 3 1 día por semana  <input type="checkbox"/> 4 2 o 3 días por semana  <input type="checkbox"/> 5 4 a 6 días por semana  <input type="checkbox"/> 6 Todos los días  <input type="checkbox"/> 8 No sabe  <input type="checkbox"/> 9 No Responde </div> </div>
P206	<div> <div>¿En los últimos 12 meses ha vivido fuera de este lugar durante 1 mes o más?</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Sí  <input type="checkbox"/> 3 No <span>⇒</span> P208 </div> </div>
P207	<div> <div>           Pudiera decirme si durante el tiempo que vivió fuera de este lugar usted vivió:   <b>Lea en voz alta</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> 1 En otro lugar dentro de este mismo municipio  <input type="checkbox"/> 2 En otro municipio dentro de esta misma provincia  <input type="checkbox"/> 3 En otra provincia  <input type="checkbox"/> 4 En otro país </div> </div>
P208	<div> <div>¿Cuál es su estado civil o conyugal?</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Unida(o)  <input type="checkbox"/> 2 Casada(o)  <input type="checkbox"/> 3 Separada(o)  <input type="checkbox"/> 4 Divorciada(o)  <input type="checkbox"/> 5 Viuda(o)  <input type="checkbox"/> 6 Soltera(o) </div> </div>
P209	<div> <div>           Pudiera decirme si la semana anterior usted:  <b>Lea en voz alta y marque la casilla que declare el entrevistado</b> </div> <div> <input type="checkbox"/> 01 Trabajó (incluye a los cuentapropistas)  <input type="checkbox"/> 02 Tenía trabajo pero no trabajó  <input type="checkbox"/> 03 Trabajó y Estudió  <input type="checkbox"/> 04 Estudiante  <input type="checkbox"/> 05 Buscaba trabajo  <input type="checkbox"/> 06 Jubilado o pensionado  <input type="checkbox"/> 07 Quehaceres del hogar  <input type="checkbox"/> 08 Incapacitado para el trabajo  <input type="checkbox"/> 09 No realizaba ninguna actividad  <input type="checkbox"/> 10 Otra </div> </div>
P210	<div> <div>¿Si usted fuera a calificar su situación económica diría que es buena, regular o mala?</div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Buena  <input type="checkbox"/> 2 Regular  <input type="checkbox"/> 3 Mala  <input type="checkbox"/> 8 No sabe  <input type="checkbox"/> 9 No Responde </div> </div>
P211	<div> <div>           Color de la piel            (No formule esta pregunta, marque la casilla que corresponda, según su propia observación)         </div> <div> <input type="checkbox"/> 1 Blanco  <input type="checkbox"/> 2 Negro  <input type="checkbox"/> 3 Mulato o mestizo </div> </div>

**SECCION III. RELACIONES MATRIMONIALES Y DE PAREJAS DE UN AÑO O MAS DE DURACION**

Como usted conoce, el VIH/Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual constituyen un problema importante de salud que guarda asociación con las relaciones sexuales. Las personas tienen diferentes formas de asumir las mismas, unas tienen relaciones con personas de igual sexo, otras con personas del sexo opuesto, y algunas con personas de ambos sexos.

A continuación le haré algunas preguntas, pero antes le recuerdo que su respuesta será completamente confidencial, anónima, y se utilizará sólo con fines estadísticos, es decir, que nadie va a conocer su respuesta. Por tanto desearíamos su más sincera cooperación.

<b>P301</b>	¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? <b>Leer:</b> La <b>Relación Sexual</b> es el acto sexual con penetración en la vagina, el ano o la boca.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	⇒ <b>P325</b>
<b>P302</b>	¿Esas relaciones sexuales han sido? (Entregue la Tarjeta #1 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelo) (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>	
<b>P303</b>	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? (Si no recuerda o no responde anote 99)	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad	
<b>P304</b>	¿Qué edad tenía la persona con quien tuvo su primera relación sexual? (Si no recuerda o no responde anote 99)	<input type="text"/> <input type="text"/> Edad	
<b>P305</b>	¿Estaba casada(o) o unida(o) cuando tuvo su primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	
<b>P306</b>	¿Usó preservativo o condón en esa primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	
<b>P307</b>	Por lo que usted recuerda, ¿podría decirme cuál fue el motivo principal por el que tuvo su primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> 01 Curiosidad <input type="checkbox"/> 02 Por deseo o convencimiento propio <input type="checkbox"/> 03 Insistencia de su pareja <input type="checkbox"/> 04 Por insistencia de sus amistades/grupo <input type="checkbox"/> 05 La mayoría de sus amistades ya había tenido relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 06 Me casé (noche de bodas) <input type="checkbox"/> 07 Por presión o fuerza de su pareja (violación) <input type="checkbox"/> 08 Por presión o fuerza de otra persona (violación) <input type="checkbox"/> 09 Otra situación <input type="checkbox"/> 99 No Responde	
<b>P308</b>	¿Está casado(a) o unido(a) actualmente?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	⇒ <b>P310</b>
<b>P309</b>	¿Está casada(o) o unida(o) con?: (Entregue la Tarjeta #2 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelo) (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>	
<b>P310</b>	(Lea una de las preguntas según respuesta en P308) <b>Si P308 = 3</b> ¿Tiene una pareja con quien mantenga relaciones sexuales desde hace 1 año o más? <b>Si P308 = 1</b> , ¿además de su esposa(o) o pareja, existe otra persona con quien mantenga relaciones sexuales desde hace 1 año o más?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	⇒ <b>P311</b> ⇒ <b>Filtro 1</b>
<b>Filtro 1</b>	<b>REVISE LAS PREGUNTAS P308 y P310 ANTES DE CONTINUAR</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Si está casada(o) o unida(o) y no tiene otra pareja de un año o más de duración</b>  <b>P308 = 1 y P310=3</b> ⇒ <b>P312</b> </div> <div> <b>Si no esta casada(o) o unida(o) y además no tiene pareja de un año o más de duración</b>  <b>P308 = 3 y P310=3</b> ⇒ <b>P325</b> </div> </div>		
<b>P311</b>	¿Esta pareja es?: (Entregue la Tarjeta #2 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelo) (Si no responde anote 9)	<input type="checkbox"/>	

<b>P312</b>	¿Cree que la persona con la que está casado(a) o unido(a) o su pareja de un año o más de duración mantiene relaciones sexuales con otra persona?  (Si el entrevistado piensa que alguna de las parejas mantiene relaciones con otra persona, <b>marque Sí</b> ).	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde
<b>P313</b>	¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales con la persona que está casada(o) o unida(o) o su pareja de un año o más de duración?	<input type="checkbox"/> 1 En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> 3 Hace más de 12 meses
<b>P314</b>	En general diría que con su esposa(o) y/o pareja de un año o más de duración:  <b>Nunca usa condones, en ocasiones usa condones o siempre usa condones</b>	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 En Ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Siempre
<b>P315</b>	¿En la última relación <b>sexual</b> que tuvo con su esposa(o) o pareja de un año o más de duración, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P317</b>
<b>P316</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que usaron el condón en esa ocasión?  <b>Pase a P318</b>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> 1 Evitar embarazos  <input type="checkbox"/> 2 Evitar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)  <input type="checkbox"/> 3 Evitar VIH / sida  <input type="checkbox"/> 4 Evitar ITS y VIH/sida  <input type="checkbox"/> 5 Otra. </div> <div style="font-size: 3em; margin: 0 10px;">}</div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;"><b>P318</b></div> </div>
<b>P317</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que no usaron el condón?	<input type="checkbox"/> 01 No tenía condón en ese momento <input type="checkbox"/> 02 Demasiado caro <input type="checkbox"/> 03 Objeciones o Rechazo de la pareja <input type="checkbox"/> 04 No le gusta <input type="checkbox"/> 05 No había donde fue a comprarlo <input type="checkbox"/> 06 No lo necesitó porque alguno de los miembros de la pareja utilizó otro anticonceptivo <input type="checkbox"/> 07 Tenía confianza en la pareja <input type="checkbox"/> 08 No lo ha utilizado nunca <input type="checkbox"/> 09 No lo considera como protección segura <input type="checkbox"/> 10 No ha pensado en eso <input type="checkbox"/> 11 Lo utiliza solo en relaciones ocasionales <input type="checkbox"/> 12 Porque su pareja es saludable <input type="checkbox"/> 13 Porque desean tener un hijo <input type="checkbox"/> 14 No se siente igual <input type="checkbox"/> 15 Porque su religión no lo admite <input type="checkbox"/> 16 Como muestra de amor <input type="checkbox"/> 17 Otro. <input type="checkbox"/> 99 No Responde
<b>P318</b>	Pudiera decirme en esa última relación sexual ¿Qué prácticas sexuales realizó?  (Entregue la Tarjeta #3 al encuestado. Pídale que le diga para cada letra el número correspondiente a su respuesta y <b>anótelos</b> ) Si no responde, <b>Anote</b> en la Casilla correspondiente el <b>código 9</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>C</b> <input type="checkbox"/> <b>D</b> <input type="checkbox"/>
<b>P319</b>	¿En los últimos 6 meses tuvo alguna relación sexual con penetración anal con su esposo(a) o pareja de un año o más de duración?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P321</b>
<b>P320</b>	¿En la última relación sexual con penetración anal que realizó con su esposa(o) o pareja de un año o más de duración usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No

**SECCION III A. RELACIONES INTRAFAMILIARES**

<p><b>P321</b> Ahora le pediría que me dijera <b>en los últimos 12 meses</b> con qué frecuencia has experimentado las siguientes situaciones:</p> <p>Lea cada inciso comenzando así: "<b>¿Con qué frecuencia....</b>"</p> <p><b>A)</b> Has sentido que su pareja controla su vida?</p> <p><b>B)</b> Tu pareja te ha acusado de infidelidad?</p> <p><b>C)</b> Has perdido contacto con amistades, familiares, compañeras/os de estudio o trabajo por evitar que tu pareja se moleste?</p> <p><b>D)</b> Tu pareja te ha criticado por su apariencia, tu forma de ser o por el modo en que haces las tareas cotidianas en la casa?</p> <p><b>E)</b> Te has sentido en tensión y con la percepción de que hagas lo que hagas, tu pareja se irritará o te culpabilizará?</p> <p><b>F)</b> Tu pareja te ha presionado con el silencio o la indiferencia para lograr algo que tu no deseas?</p> <p><b>G)</b> Tu pareja te ha amenazado con agredirte físicamente</p> <p><b>H)</b> Tu pareja te ha amenazado con matarse, matarte, o matar a algún miembro de la familia?</p> <p><b>I)</b> Tu pareja ha intentado asfixiarte o te ha quemado en alguna parte del cuerpo?</p> <p><b>J)</b> Tu pareja te ha forzado a tener relaciones sexuales sin que tu lo desee?</p> <p><b>K)</b> Tu pareja te ha forzado a hacer alguna práctica sexual que consideras degradante o humillante?</p> <p><b>L)</b> Tu pareja te ha forzado a tener relaciones sexuales sin condón ?</p> <p><b>M)</b> Tu pareja te ha hecho sentir miedo de lo que haría si no tuvieras relaciones sexuales con ella?</p> <p><b>N)</b> Tu pareja cuestiona la forma en qué dispones de tu dinero?</p> <p><b>O)</b> Tu pareja decide sin ti, cuánto y en qué gastar cuando salen juntos?</p> <p><b>P)</b> Tu pareja decide sin ti como distribuir su dinero pero interfiere en como lo haces tu?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Frecuentem ente</th> <th>A veces</th> <th>Rara vez</th> <th>Nunca</th> <th>No Recuerda o No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>	Frecuentem ente	A veces	Rara vez	Nunca	No Recuerda o No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
Frecuentem ente	A veces	Rara vez	Nunca	No Recuerda o No Responde																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<p><b>P322</b> Por lo que recuerda, <b>¿en los últimos 12 meses</b> cuando usted y su pareja han discutido o peleado, su pareja:</p> <p><b>A)</b> Le ha gritado?</p> <p><b>B)</b> Le ha insultado, humillado u ofendido?</p> <p><b>C)</b> Le ha empujado?</p> <p><b>D)</b> Le ha golpeado con las manos, algún objeto o le ha lanzado algo?</p> <p><b>E)</b> Le ha dado una bofetada, una patada, le ha cogido por el cuello, le ha arrastrado o le ha hecho alguna cosa que pudiera herirle?</p> <p><b>F)</b> Le ha amenazado o agredido con un arma o algún objeto punzante? (Un objeto punzante puede ser un cuchillo, una navaja, una tijera, etc)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> <th>No ha discutido con su pareja</th> <th>No Recuerda o No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>	Si	No	No ha discutido con su pareja	No Recuerda o No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																									
Si	No	No ha discutido con su pareja	No Recuerda o No Responde																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																																																			
<p><b>P323</b> ¿Pudiera decirme cómo calificaría su relación con la persona que esta casada(o) o unida(o)? Diría que es buena, regular o mala</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1 Buena</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 2 Regular</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 Mala</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9 No Responde</td></tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Buena	<input type="checkbox"/> 2 Regular	<input type="checkbox"/> 3 Mala	<input type="checkbox"/> 9 No Responde																																																																																	
<input type="checkbox"/> 1 Buena																																																																																						
<input type="checkbox"/> 2 Regular																																																																																						
<input type="checkbox"/> 3 Mala																																																																																						
<input type="checkbox"/> 9 No Responde																																																																																						
<p><b>P324</b> ¿Consideras que en los últimos 12 meses has sido víctima de violencia por parte de tu pareja?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1 Si</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 3 No</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 9 No Sabe o No Responde</td></tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Si	<input type="checkbox"/> 3 No	<input type="checkbox"/> 9 No Sabe o No Responde																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1 Si																																																																																						
<input type="checkbox"/> 3 No																																																																																						
<input type="checkbox"/> 9 No Sabe o No Responde																																																																																						
<p><b>P325</b> Por lo que recuerdas, ¿durante <b>su infancia o adolescencia</b> con qué frecuencia alguna de las personas con las que vivía</p> <p>Encuestador: (Repetir las opciones de respuesta en cada fila)</p> <p><b>A)</b> Le gritaba para regañarle?</p> <p><b>B)</b> Le insultaba, humillaba u ofendía de palabra?</p> <p><b>C)</b> Le amenazaba con agredirle físicamente?</p> <p><b>D)</b> Le golpeaba o agredía físicamente?</p> <p><b>E)</b> Abusó sexualmente de usted?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Frecuentem ente</th> <th>A veces</th> <th>Rara vez</th> <th>Nunca</th> <th>No Recuerda o No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 2</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 4</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>	Frecuentem ente	A veces	Rara vez	Nunca	No Recuerda o No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																							
Frecuentem ente	A veces	Rara vez	Nunca	No Recuerda o No Responde																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9																																																																																		

<b>P326</b>	Por lo que recuerdas, ¿durante su <b>infancia o adolescencia</b> con qué frecuencia las personas con las que vivía:					
	<b>Encuestador: (Repetir las opciones de respuesta en cada fila)</b>	Frecuentem ente	A veces	Rara vez	Nunca	No Recuerda o No Responde
	<b>A)</b> Se gritaban?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
	<b>B)</b> Se insultaban, humillaban u ofendían de palabra?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
	<b>C)</b> Se amenazaban de agredirse físicamente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
<b>D)</b> Se golpeaban o agredían físicamente?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9	

<b>Filtro 2</b> ➤ <b>REVISE LA PREGUNTA P301 ANTES DE CONTINUAR</b> Si ha tenido Relaciones Sexuales alguna vez <b>P301 = 1</b> ↓ <b>P401</b>	Si no ha tenido Relaciones Sexuales <b>P301=3 ➡ P502</b>
---	---

**SECCION IV. RELACIONES SEXUALES DE MENOS DE UN AÑO**

<b>P401</b>	¿Has tenido relaciones sexuales con parejas de menos de 1 año de duración en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 1 Si ➡ <b>P402</b> <input type="checkbox"/> 3 No ➡ <b>Filtro 3 en Sección V</b>
	<b>Para personas Casadas/Unidas y/o con Pareja de un año o más de duración:</b> Nos referimos a alguien que no sea la persona con la que está casada(o) o unida(o) y/o su pareja de un año o más de duración	

**Las preguntas que le haremos a continuación estarán referidas a las personas con quienes ha tenido relaciones sexuales de menos de un año de duración en los últimos 12 meses. Si usted esta casada(o) y/o unida(o) o tiene pareja de un año o más de duración, por favor, no considere a esa(s) pareja(s) en su respuesta**

<b>P402</b>	¿Con cuántas personas distintas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<b>Para personas Casadas/Unidas o con Pareja de un año o más de duración:</b> Recuerde responder <b>sin contar</b> a la persona con quien está casada(o) o unida(o) o a la pareja de un año o más de duración <b>(Si no responde anote 99)</b>	
<b>P403</b>	¿La última relación de menos de un año fue:?	<input type="checkbox"/>
	<b>(Entregue la Tarjeta #2 al encuestado. Pídale que le diga solamente el número que corresponde a su respuesta y anótelo)</b> <b>(Si no responde anote 9)</b>	
<b>P404</b>	¿Esa última pareja era alguien que ya conocía de antes o alguien que recién había conocido?	<input type="checkbox"/> 1 Lo conocía de antes <input type="checkbox"/> 3 No lo conocía de antes
<b>P405</b>	En la última relación sexual ¿entregó o recibió dinero, regalos u otro beneficio a cambio?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No
<b>P406</b>	En general diría que con las parejas con quienes duró menos de un año y tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses: ¿nunca usó condones, en ocasiones usó condones o siempre usó condones?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 En Ocasiones <input type="checkbox"/> 3 Siempre
<b>P407</b>	¿En la última relación sexual que tuvo con la persona con quien duró menos de un año, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No ➡ <b>P410</b>
<b>P408</b>	¿Cuál fue la persona que propuso el uso del condón?	<input type="checkbox"/> 1 Usted <input type="checkbox"/> 2 Su pareja <input type="checkbox"/> 3 Ambos <input type="checkbox"/> 8 No recuerda
<b>P409</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que usaron el condón en esa ocasión?	<input type="checkbox"/> 1 Evitar embarazos <input type="checkbox"/> 2 Evitar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) <input type="checkbox"/> 3 Evitar VIH / sida <input type="checkbox"/> 4 Evitar ITS y VIH/sida <input type="checkbox"/> 5 Otra.

**Pase a P411**

<b>P410</b>	¿Cuál fue el motivo principal por el que no usaron el condón?	<input type="checkbox"/> 01 No tenía condón en ese momento <input type="checkbox"/> 02 Demasiado caro <input type="checkbox"/> 03 Objeciones de la pareja <input type="checkbox"/> 04 No le gusta <input type="checkbox"/> 05 No había donde fue a comprarlo <input type="checkbox"/> 06 No lo necesitó porque alguno de los miembros de la pareja utilizó otro anticonceptivo <input type="checkbox"/> 07 Tenía confianza en la pareja <input type="checkbox"/> 08 No lo ha utilizado nunca <input type="checkbox"/> 09 No lo considera como protección segura <input type="checkbox"/> 10 No ha pensado en eso <input type="checkbox"/> 11 Lo utiliza solo en relaciones ocasionales <input type="checkbox"/> 12 Su pareja era saludable <input type="checkbox"/> 13 Porque desean tener un hijo <input type="checkbox"/> 14 No se siente igual <input type="checkbox"/> 15 Porque su religión no lo admite <input type="checkbox"/> 16 Como muestra de amor <input type="checkbox"/> 17 Otro. <input type="checkbox"/> 99 No Responde																																	
<b>P411</b>	Pudiera decirme en esa última relación sexual ¿Qué prácticas sexuales realizó?  <b>(Entregue la Tarjeta #3 al encuestado. Pídale que le diga para cada letra el número correspondiente a su respuesta y anótelos)</b> Si no responde <b>Anote</b> en la Casilla correspondiente el <b>código 9</b>	<b>A</b> <input type="checkbox"/> <b>B</b> <input type="checkbox"/> <b>C</b> <input type="checkbox"/> <b>D</b> <input type="checkbox"/>																																	
<b>P412</b>	¿En los <b>últimos 6 meses</b> tuvo alguna relación sexual con penetración anal con alguna de las parejas con quien duró menos de un año?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P414</b>																																	
<b>P413</b>	¿En la <b>última relación sexual con penetración anal</b> que realizó con la persona con quien duró menos de un año, usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	
<b>P414</b>	Pudiera decirme si <b>en los últimos 12 meses</b> alguna de las parejas con que duró menos de un año:  <b>A) Le ha gritado?</b> <b>B) Le ha insultado, humillado u ofendido de palabras?</b> <b>C) En alguna discusión le ha empujado?</b> <b>D) Le ha amenazado con agredirle físicamente?</b> <b>E) Le ha golpeado con las manos, con algún objeto o le ha lanzado algo?</b> <b>F) Le ha dado una bofetada o una patada o le ha cogido por el cuello o le ha arrastrado o le ha hecho alguna cosa que pudiera herirle?</b> <b>G) Le ha amenazado o agredido con un arma o algún objeto punzante?</b> <b>H) Ha intentado asfixiarle o le ha quemado en alguna parte del cuerpo?</b> <b>I) Le ha forzado a tener relaciones sexuales sin que usted lo desee?</b> <b>J) Le ha forzado a hacer alguna práctica sexual que usted considere degradante o humillante?</b> <b>K) Le ha forzado a tener relaciones sexuales sin condón ?</b> <b>L) Le ha hecho sentir miedo de lo que haría si no tuviera relaciones sexuales con ella?</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>	Sí	No	No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
Sí	No	No Responde																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																	
<b>P415</b>	En alguna de las relaciones sexuales que tuvo en los últimos 12 meses, ¿recibió dinero, regalos u otro beneficio a cambio?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P417</b>																																	
<b>P416</b>	En la última relación sexual en que recibió dinero, regalos u otro beneficio a cambio ¿Usaron preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																	

P417	<b>Entregue la Tarjeta #4 al encuestado y dígame:</b> Por favor, ahora necesito que <b>lea en silencio</b> la tarjeta No 4 y me diga para cada letra el número correspondiente a su respuesta. <b>Enumerador, dele un tiempo para leer y pregunte el número correspondiente para la letra A, luego para la B y después para la C</b> <b>(Si no responde anote 9)</b>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
------	---	--

**SECCION V. PRESERVATIVOS O CONDONES**

**Filtro 3** REVISE LAS RESPUESTAS DE LAS PREGUNTAS P306, P314, P315, P320, P406, P407, P413 y P416

<p>ANTES DE CONTINUAR.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <b>NO USÓ preservativo o condón</b> </div> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <p><b>P501</b></p> </div>	<p><b>Si USÓ preservativo o condón alguna vez</b></p> <p style="font-size: small;">  P306=1 ó P314=2 ó P314=3 ó P315= 1 ó P320=1 o              P406=2 ó P406=3 ó P407=1 ó P413=1 ó P416=1)           </p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <p><b>Marque Sí en la P501 sin preguntar y Pase a la P502</b></p> </div>
---	---

P501	¿Ha usado alguna vez un preservativo o condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																								
P502	¿Conoce algún lugar donde pueda obtener preservativos o condones, o personas a quien pueda pedirle o comprarle?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No      ➡ <b>P505</b>																																																								
P503	¿Qué lugares conoce donde pueda obtener preservativos o condones?   <p style="text-align: center;"><b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas, la respuesta que declare el entrevistado</b></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">Si</th> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 85%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>A-</b> Tienda de divisa u Hotel</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>B-</b> Farmacia</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>C-</b> Consulta de Planificación Familiar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>D-</b> En la calle</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>E-</b> Casas de Alquiler</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>F-</b> Discotecas o Pistas de Baile</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>G-</b> En bodegas (tienda)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>H-</b> Bares, Cafeterías o Restaurantes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>I-</b> Consejerías (línea ayuda, cara a cara o anónimas)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>J-</b> Centros de Prevención</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>K-</b> Consulta de ITS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>L-</b> Local donde trabaja la Enfermera encuestadora</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td></td><td><b>M-</b> Otro.</td></tr> </tbody> </table>		Si	No		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>A-</b> Tienda de divisa u Hotel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>B-</b> Farmacia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>C-</b> Consulta de Planificación Familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>D-</b> En la calle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>E-</b> Casas de Alquiler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>F-</b> Discotecas o Pistas de Baile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>G-</b> En bodegas (tienda)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>H-</b> Bares, Cafeterías o Restaurantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>I-</b> Consejerías (línea ayuda, cara a cara o anónimas)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>J-</b> Centros de Prevención	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>K-</b> Consulta de ITS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>L-</b> Local donde trabaja la Enfermera encuestadora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>M-</b> Otro.
	Si	No																																																								
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>A-</b> Tienda de divisa u Hotel																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>B-</b> Farmacia																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>C-</b> Consulta de Planificación Familiar																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>D-</b> En la calle																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>E-</b> Casas de Alquiler																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>F-</b> Discotecas o Pistas de Baile																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>G-</b> En bodegas (tienda)																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>H-</b> Bares, Cafeterías o Restaurantes																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>I-</b> Consejerías (línea ayuda, cara a cara o anónimas)																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>J-</b> Centros de Prevención																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>K-</b> Consulta de ITS																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>L-</b> Local donde trabaja la Enfermera encuestadora																																																							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3		<b>M-</b> Otro.																																																							
P504	¿Cuanto tiempo le tomaría conseguir un condón en un lugar cerca de su casa, centro de estudio o trabajo?  <p style="text-align: center;"><b>Lea en voz alta y marque la casilla que corresponda al tiempo que declara el entrevistado</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Menos de 10 minutos <input type="checkbox"/> 2 Entre 10 y 20 minutos <input type="checkbox"/> 3 De 21 a 40 minutos <input type="checkbox"/> 4 Más de 40 minutos <input type="checkbox"/> 9 No Sabe/No Responde																																																								
P505	¿Sentiría vergüenza de comprar condones en algún establecimiento cerca de su casa, centro de estudio o centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No																																																								
P506	¿Se negaría a tener relaciones sexuales si su pareja le propone usar el condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																								
P507	Al tener una relación sexual, ¿Le propondría a su pareja el uso del condón para prevenir contraer alguna infección de transmisión sexual o el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Sabe																																																								
P508	Si su pareja se niega a usar el condón en la relación sexual <b>¿Qué usted haría: Tendría la relación sexual penetrativa no tendría la relación sexual o tendría una relación sexual NO PENETRATIVA?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Tendría la relación sexual PENETRATIVA <input type="checkbox"/> 2 Tendría una relación sexual NO PENETRATIVA <input type="checkbox"/> 3 No tendría relación sexual <input type="checkbox"/> 9 No Sabe																																																								



<b>P509</b>	Si usted supiera que tiene una infección de transmisión sexual o el VIH, ¿le propondría a su pareja usar el condón en la relación sexual?.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P510</b>	Si su pareja tuviera una infección de transmisión sexual o el VIH, ¿le exigiría usar el condón en las relaciones sexuales?.	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P511</b>	Si supiera que su pareja tiene una infección de transmisión sexual o el VIH y no quisiera usar el condón. ¿Te negarías a tener relaciones sexuales <b>penetrativas</b> con ella?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P512</b>	¿En los <b>últimos 12 meses</b> has recibido alguna información sobre el uso del condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No ➡ <b>P514</b>																																																
<b>P513</b>	¿Por cuales vías recibió información sobre el uso del condón?  <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas, la respuesta que declare el entrevistado</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th><b>Si</b></th> <th><b>No</b></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>A.</b> Por Promotores o en Actividades</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>B.</b> Por una amistad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>C.</b> Por su pareja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>D.</b> Por programas de la televisión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>E.</b> Por anuncios de la radio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>F.</b> En puntos de ventas (farmacias, cafeterías, etc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>G.</b> Por materiales promocionales (afiches, etc.)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>H.</b> En Servicios de Consejería (Línea Ayuda, Cara a cara, Anónima)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>I.</b> Por el Médico de Familia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>J.</b> Por la familia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>K.</b> En la escuela</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>L.</b> Consultas de ITS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>M.</b> Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>N.</b> Enfermeras encuestadoras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><b>O.</b> Otro.</td> </tr> </tbody> </table>	<b>Si</b>	<b>No</b>		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>A.</b> Por Promotores o en Actividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>B.</b> Por una amistad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>C.</b> Por su pareja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>D.</b> Por programas de la televisión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>E.</b> Por anuncios de la radio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>F.</b> En puntos de ventas (farmacias, cafeterías, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>G.</b> Por materiales promocionales (afiches, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>H.</b> En Servicios de Consejería (Línea Ayuda, Cara a cara, Anónima)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>I.</b> Por el Médico de Familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>J.</b> Por la familia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>K.</b> En la escuela	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>L.</b> Consultas de ITS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>M.</b> Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>N.</b> Enfermeras encuestadoras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>O.</b> Otro.
<b>Si</b>	<b>No</b>																																																	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>A.</b> Por Promotores o en Actividades																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>B.</b> Por una amistad																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>C.</b> Por su pareja																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>D.</b> Por programas de la televisión																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>E.</b> Por anuncios de la radio																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>F.</b> En puntos de ventas (farmacias, cafeterías, etc.)																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>G.</b> Por materiales promocionales (afiches, etc.)																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>H.</b> En Servicios de Consejería (Línea Ayuda, Cara a cara, Anónima)																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>I.</b> Por el Médico de Familia																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>J.</b> Por la familia																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>K.</b> En la escuela																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>L.</b> Consultas de ITS																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>M.</b> Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>N.</b> Enfermeras encuestadoras																																																
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<b>O.</b> Otro.																																																
<b>P514</b>	¿En los <b>últimos 12 meses</b> has recibido o te han regalado una muestra gratis de condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P515</b>	¿En los <b>últimos 12 meses</b> has comprado algún condón?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P516</b>	Si tuvieras que escoger ¿cuál de las marcas de condones que se venden en el mercado nacional preferirías usar?  <b>Admite una sola marca</b>	<input type="checkbox"/> 1 Vigor (estuche rojo) <input type="checkbox"/> 2 Vigor Max (estuche negro) <input type="checkbox"/> 3 Momento <input type="checkbox"/> 4 Twin Lotus <input type="checkbox"/> 5 Love <input type="checkbox"/> 6 No tengo preferencia, me daría igual cualquiera <input type="checkbox"/> 7 Ninguno de los que venden <input type="checkbox"/> 8 No pienso usar condones <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde																																																
<b>P517</b>	¿En el último año, siempre has encontrado condones cuando has querido comprarlos?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No he querido comprarlos <input type="checkbox"/> 3 No																																																
<b>P518</b>	¿En los <b>últimos 12 meses</b> has recibido o te han regalado una muestra de lubricante?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No																																																

**SECCION VI. INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL**

<b>P601</b> ¿Pudiera decirme cuales de las siguientes infecciones o enfermedades se transmiten por relaciones sexuales desprotegidas (sin usar condón)?  <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>	
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>A. Sífilis</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>B. Gonorrea/Blenorragia</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>C. Hepatitis A</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>D. Moniliasis o Candidiasis</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>E. Condiloma / Verrugas genitales</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>F. VIH</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>G. Trichomoniasis</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>H. Herpes Genital</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>I. Hepatitis B</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>J. Pediculosis Pubis (Ladilla)</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>K. Tuberculosis</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>L. Hepatitis C</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>M. Clamidia</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<b>N. Virus del Papiloma Humano</b>

**Filtro 4** **REVISE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA P301 ANTES DE CONTINUAR**
**Ha tenido alguna vez relación sexual**
**P301 = 1 ⇒ P602**
**No ha tenido nunca relación sexual**
**P301 = 3 ⇒ P701**



<b>P602</b> ¿Pudiera decirme si en los <b>últimos 12 meses</b> adquirió o le diagnosticaron alguna de las siguientes infecciones? <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b> <b>A) Sífilis</b> <b>B) Gonorrea/Blenorragia</b> <b>C) Condiloma / Verrugas genitales</b> <b>D) VIH</b> <b>E) Herpes Genital</b> <b>F) Pediculosis Pubis (Ladilla)</b> <b>G) Clamidia</b> <b>H) Virus del Papiloma Humano</b> <b>I) Hepatitis B</b> <b>J) Hepatitis C</b> <b>K) Trichomoniasis</b> <b>L) Otra Infección de Transmisión Sexual.</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe/ No responde</b>
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

**(Si responde Si en algún inciso de la P602, pase a P603, en caso contrario pase a P701)**

<b>P603</b> ¿Dónde procuró ayuda la última vez que adquirió o le diagnosticaron una ITS?  <b>Admite más de una marca</b>	<input type="checkbox"/> 01 Pidió asesoramiento a un amigo o familiar <b>médico</b>
	<input type="checkbox"/> 02 Pidió asesoramiento a un amigo o familiar <b>NO médico</b>
	<input type="checkbox"/> 03 Se automedicamentó
	<input type="checkbox"/> 04 Pidió ayuda a un curador no médico (curandero)
	<input type="checkbox"/> 05 Buscó ayuda del Médico de la Familia
	<input type="checkbox"/> 06 Fue a la consulta de ITS de <b>su Policlínico</b>
	<input type="checkbox"/> 07 Fue a la consulta de ITS de <b>un Policlínico diferente al suyo</b>
	<input type="checkbox"/> 08 Fue a un Hospital de Ginecobstetricia (ginecología)
	<input type="checkbox"/> 09 Fue a un hospital General (diferente a Ginecobstetricia)
	<input type="checkbox"/> 10 Llamó al servicio de línea ayuda
	<input type="checkbox"/> 11 Acudió a un servicio de consejería
	<input type="checkbox"/> 12 Consultó al Promotor de salud de la localidad
	<input type="checkbox"/> 13 Acudió al Centro de Prevención de ITS/VIH/Sida
	<input type="checkbox"/> 14 No buscó ayuda
	<input type="checkbox"/> 15 Pidió ayuda a la enfermera encuestadora
	<input type="checkbox"/> 16 Busco otra ayuda ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> 99 No Responde	

SECCION VII. CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/sida Y PERCEPCION DE RIESGOS																																																												
P701	¿Tiene alguna información acerca del VIH/sida?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 3 No	⇒ P703																																																									
P702	¿Por qué vías obtuviste esa información?  <b>Lea en voz alta y registre en todas las alternativas la respuesta que declare el entrevistado</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Si</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>A. Radio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>B. Televisión</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>C. Médico (a)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>D. Amistades</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>E. Pareja</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>F. Prensa Escrita y Revista</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>G. En la escuela o Centro de Enseñanza</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>H. Materiales Promocionales sobre ITS/VIH/Sida tales como libros, afiches, folletos, plegables</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>I. Por el Servicio de Línea Ayuda (Teléfono)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>J. Cine</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>K. Por el Servicio de Consejería</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>L. Por promotoras o promotores</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>M. Madre, Padre u otro familiar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>N. Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>O. Enfermera encuestadora</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>P. Consulta de ITS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>Q. Técnicas Informáticas (INTERNET, multimedias)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td>R. Otra</td></tr> </tbody> </table>	Si	No		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Radio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Televisión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Médico (a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Amistades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Pareja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. Prensa Escrita y Revista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. En la escuela o Centro de Enseñanza	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H. Materiales Promocionales sobre ITS/VIH/Sida tales como libros, afiches, folletos, plegables	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I. Por el Servicio de Línea Ayuda (Teléfono)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	J. Cine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	K. Por el Servicio de Consejería	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	L. Por promotoras o promotores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	M. Madre, Padre u otro familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	N. Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	O. Enfermera encuestadora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	P. Consulta de ITS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	Q. Técnicas Informáticas (INTERNET, multimedias)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	R. Otra	
Si	No																																																											
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	A. Radio																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	B. Televisión																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	C. Médico (a)																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	D. Amistades																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	E. Pareja																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	F. Prensa Escrita y Revista																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	G. En la escuela o Centro de Enseñanza																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	H. Materiales Promocionales sobre ITS/VIH/Sida tales como libros, afiches, folletos, plegables																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	I. Por el Servicio de Línea Ayuda (Teléfono)																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	J. Cine																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	K. Por el Servicio de Consejería																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	L. Por promotoras o promotores																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	M. Madre, Padre u otro familiar																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	N. Centros de Prevención de ITS/VIH/Sida																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	O. Enfermera encuestadora																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	P. Consulta de ITS																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	Q. Técnicas Informáticas (INTERNET, multimedias)																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	R. Otra																																																										
P703	¿Sabes a dónde dirigirse para obtener información sobre el VIH/Sida?	<input type="checkbox"/> 1 Sabe <input type="checkbox"/> 3 No sabe																																																										
P704	<b>Ahora le leeré algunas proposiciones sobre la transmisión del VIH. En cada caso debe decirme si es Verdadero o Falso</b>  <b>"El VIH puede transmitirse a través de:"</b>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Verdadero</th> <th>Falso</th> <th>No Sabe / No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>	Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9							
Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
P705	Según tu opinión, ¿qué posibilidades tienes de contraer el VIH?  <b>¿Crees que es alta, baja, o ninguna?</b>	<input type="checkbox"/> 1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Baja <input type="checkbox"/> 3 Alta <input type="checkbox"/> 4 No sabe <input type="checkbox"/> 5 Ya está infectado	⇒ P707 } ⇒ P708																																																									

<b>P706</b>	¿Por qué piensa que tiene baja o ninguna posibilidad de contraer el VIH?  <b>Registre todas las respuestas que declare el entrevistado</b>  <b>Pase a P708</b>	<input type="checkbox"/> 01 Nunca he tenido relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 02 No tuve relaciones sexuales en el último año <input type="checkbox"/> 03 Tengo sólo una pareja <input type="checkbox"/> 04 Confío en que mi pareja no esta infectada <input type="checkbox"/> 05 Siempre uso condones <input type="checkbox"/> 06 Siempre uso condones con parejas ocasionales <input type="checkbox"/> 07 Mi pareja es fiel <input type="checkbox"/> 08 No me he transfundido <input type="checkbox"/> 09 No he usado jeringuillas sin esterilizar <input type="checkbox"/> 10 No tengo relaciones con prostitutas (os) <input type="checkbox"/> 11 No tengo múltiples parejas sexuales <input type="checkbox"/> 12 No he tenido relaciones desprotegidas con personas con VIH <input type="checkbox"/> 13 Otras Especifique _____  <b>Pase a P708</b>																																				
<b>P707</b>	¿Por qué piensa que tiene alta posibilidad de contraer el VIH?  <b>Registre todas las respuestas que declare el entrevistado</b>	<input type="checkbox"/> 01 Tengo relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 02 Tengo múltiples parejas sexuales <input type="checkbox"/> 03 No confío en mi pareja <input type="checkbox"/> 04 No siempre uso condones <input type="checkbox"/> 05 No siempre uso condones con parejas ocasionales <input type="checkbox"/> 06 Mi pareja me es infiel <input type="checkbox"/> 07 Me he transfundido <input type="checkbox"/> 08 He usado jeringuillas sin esterilizar <input type="checkbox"/> 09 Tengo relaciones con prostitutas (os) <input type="checkbox"/> 10 He tenido relaciones desprotegidas con personas con VIH <input type="checkbox"/> 11 Otras. Especifique _____																																				
<b>P708</b>	<b>Ahora le leeré algunas medidas sobre la protección contra el VIH</b> <b>En cada caso debe decirme si es Verdadero o Falso</b>  <b>"Las personas pueden reducir el riesgo de contraer el VIH"</b> <b>A)</b> Con una buena dieta <b>B)</b> Manteniendo relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada <b>C)</b> Evitando baños públicos <b>D)</b> Usando preservativos o condones en todas las relaciones sexuales <b>E)</b> Evitando tocar a personas que tengan VIH/sida <b>F)</b> Evitando compartir alimentos con una persona con VIH/sida <b>G)</b> Evitando picaduras de mosquitos u otros insectos similares <b>H)</b> Asegurándose de que cada inyección que le pongan sea con una aguja desinfectada <b>I)</b> Teniendo relaciones sexuales sin penetración	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Verdadero</th> <th>Falso</th> <th>No Sabe / No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> <td><input type="checkbox"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Verdadero	Falso	No Sabe / No Responde																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																			
<b>P709</b>	¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																				
<b>P710</b>	¿Considera que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																				
<b>P711</b>	¿Algún pariente, amigo o colega suyo está infectado con el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe/ No está seguro																																				

<b>P712</b>	¿Cree que una persona con VIH muestra siempre síntomas o considera que puede parecer perfectamente sana?	<input type="checkbox"/> 1 Siempre hay síntomas <input type="checkbox"/> 3 Puede parecer sana <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																																										
<b>P713</b>	<b>Ahora yo le voy a leer algunas proposiciones, usted analícelas y por favor respóndame si está DE ACUERDO O EN DESACUERDO</b>  <b>A)</b> Los condones se rompen aunque no estén vencidos y se usen bien <b>B)</b> El VIH puede traspasar el material con el que se fabrican los condones <b>C)</b> Los condones reducen el placer <b>D)</b> Las personas que te proponen usar condón desconfían de ti <b>E)</b> Sólo los que tienen parejas múltiples deben usar condones <b>F)</b> Si propones usar condón piensan que tu desconfías <b>G)</b> Si propones usar condón piensan que tienes algún problema <b>H)</b> Con la pareja estable NO hay que usar condones <b>I)</b> Los condones son para personas que practican la prostitución <b>J)</b> Los condones NO son eficaces para prevenir la infección con las ITS y el VIH <b>K)</b> Para prevenir la infección por el VIH es necesario usar dos condones <b>L)</b> El condón no hace falta porque en Cuba no hay muchas personas con VIH <b>M)</b> El condón no hay que usarlo porque en Cuba todas las personas con VIH están en un Sanatorio <b>N)</b> El VIH se transmite por relaciones sexuales desprotegidas <b>O)</b> El Sida es una enfermedad mortal <b>P)</b> Ya existe cura para el VIH por lo que no es necesario usar condones <b>Q)</b> En Cuba la infección por VIH es propia de los homosexuales <b>R)</b> Es posible prevenir el VIH retirando el pene antes de eyacular	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Acuerdo</th> <th>Desacuerdo</th> <th>No Sabe / No Responde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 1</td><td><input type="checkbox"/> 3</td><td><input type="checkbox"/> 9</td></tr> </tbody> </table>		Acuerdo	Desacuerdo	No Sabe / No Responde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
	Acuerdo	Desacuerdo	No Sabe / No Responde																																																									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9																																																										
<b>P714</b>	¿Has pensado alguna vez en hacerte la prueba de detección del VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No responde																																																										
<b>P715</b>	Si quisieras hacerte la prueba del VIH ¿Sabrías a donde dirigirte para que se la hagan?	<input type="checkbox"/> 1 Sabe <input type="checkbox"/> 3 No sabe																																																										
<b>P716</b>	¿Alguna vez te has hecho una prueba para saber si tienes el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No  <b>Pase a P723</b> <input type="checkbox"/> 9 No sabe																																																										
<b>P717</b>	¿En los últimos 12 meses te han hecho la prueba para saber si tienes el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Responde																																																										
<b>P718</b>	¿Pudieras decirme si te indicó la prueba un personal de salud o te la hiciste por voluntad propia?	<input type="checkbox"/> 1 Se la indicó un personal de salud <input type="checkbox"/> 3 Se la hizo por propia voluntad  <b>Pase a P720</b>																																																										
<b>P719</b>	¿El personal de salud que te indicó la prueba de VIH te explicó por qué te la estaba indicando?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Recuerda																																																										
<b>P720</b>	En relación con las pruebas de VIH que te hiciste en el último año ¿Pudieras decirme si conoces el resultado?	<input type="checkbox"/> 1 Si conoce <input type="checkbox"/> 3 No conoce <input type="checkbox"/> 9 No responde																																																										
<b>P721</b>	¿Pudiera decirme si el personal de salud que te entregó el resultado te explicó: qué debías hacer para mantenerte saludable o mejorar tu estado de salud?	<input type="checkbox"/> 1 Si le explicó <input type="checkbox"/> 3 No le explicó <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda/No Responde																																																										
<b>P722</b>	¿Pudieras decirme si el resultado de la última prueba que te hiciste dió positivo o negativo al VIH ?	<input type="checkbox"/> 1 Positivo <input type="checkbox"/> 3 Negativo <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No responde																																																										

<b>P723</b>	¿Podieras decirme por qué nunca te has hecho la prueba de VIH?	<input type="checkbox"/> 01 Porque estoy segura (o) de que no estoy infectada (o) <input type="checkbox"/> 02 Porque tengo pareja estable <input type="checkbox"/> 03 Siempre uso condones con parejas ocasionales <input type="checkbox"/> 04 Porque siempre uso condón <input type="checkbox"/> 05 Confío en que mi pareja no esta infectada <input type="checkbox"/> 06 Porque nunca he tenido relaciones sexuales <input type="checkbox"/> 07 Por tener miedo a la reacción estigmatizante sobre el VIH que pudiera mostrar el personal de salud que me atienda <input type="checkbox"/> 08 Por tener miedo a la reacción estigmatizante sobre el VIH que pudieran tener mis vecinos o amistades. <input type="checkbox"/> 09 Por temor a ser victima de violencia <input type="checkbox"/> 10 Por temor a ser acosada (o) por la policia o que me arresten <input type="checkbox"/> 11 No he tenido relaciones desprotegidas con personas con VIH <input type="checkbox"/> 12 Otras razones
<b>P724</b>	¿Usted ha participado <b>en los últimos 12 meses</b> en algún video debate, charla, conferencia u otra actividad referida al tema del VIH/Sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda
<b>P725</b>	¿En <b>los últimos 12 meses</b> le entregaron algún folleto, plegable, manual libro o tarjeta con temas relacionados con el VIH/Sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No Recuerda

<b>SECCION VIII. ESTIGMA Y DISCRIMINACION</b>		
<b>P801</b>	¿Estaría dispuesto a cuidar a un familiar o amigo infectado con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P802</b>	¿Estaría dispuesto a <b>recibir en su casa</b> a un amigo suyo que sepa que tiene el VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P803</b>	¿Estaría dispuesto a admitir que un hijo(a) suyo comparta juegos y/o actividades con una persona con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P804</b>	¿Estaría dispuesto a compartir en actividades con una persona con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P805</b>	¿Estaría dispuesto a recibir atención médica en un centro de salud donde se atienden otras personas con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P806</b>	¿Estaría dispuesto a convivir con un familiar o amigo infectado con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P807</b>	¿Estaría dispuesto a trabajar con una persona con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P808</b>	¿Opina usted que las personas con VIH pueden seguir trabajando con otras personas?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P809</b>	Si supiera que el dependiente del agromercado está infectado con VIH ¿Le compraría frutas, viandas o vegetales?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe

<b>P810</b>	Si un profesor o profesora se encuentra infectado con VIH ¿Se le podría permitir que continúe impartiendo clases en la escuela?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P811</b>	¿Estaría dispuesto a darle la mano o un abrazo a una persona que supiera que está infectada con VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P812</b>	Las personas con VIH/Sida, ¿deberían recibir más, menos o los mismos servicios de salud que otras personas?	<input type="checkbox"/> 1 Menos <input type="checkbox"/> 2 El mismo <input type="checkbox"/> 3 Más <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P813</b>	¿Si usted fuera un trabajador de la salud, estaría dispuesto a atender a una persona con VIH/Sida?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P814</b>	¿Piensa que las personas que saben que están infectadas con el VIH tienen derecho a ocultarlo o no tienen derecho a ocultarlo?	<input type="checkbox"/> 1 Tienen derecho a ocultarlo <input type="checkbox"/> 3 No tienen derecho a ocultarlo <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P815</b>	¿Piensa que las mujeres con VIH adquirieron el virus por haber tenido múltiples parejas?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P816</b>	¿Cree que una persona con VIH puede ocupar un cargo directivo en algún centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P817</b>	¿Estaría dispuesto a tener relaciones sexuales protegidas con una persona que usted conozca tiene el VIH ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P818</b>	¿Piensa que todos los hombres con VIH adquirieron el virus teniendo relaciones sexuales con otros hombres ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P819</b>	¿Permitiría que un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre visite su casa?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P820</b>	¿Estaría dispuesto a establecer una amistad con un hombre que usted conozca que mantiene relaciones sexuales con otro hombre?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P821</b>	¿Estaría dispuesto a admitir que un hijo suyo comparta juegos y/o actividades con otro niño que aparente tener inclinación hacia su mismo sexo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P822</b>	¿Estaría dispuesto a compartir en actividades recreativas con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P823</b>	¿Estaría dispuesto a recibir atención médica de un personal masculino de la salud que conozca que mantiene relaciones sexuales con otro hombre?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P824</b>	Si pudiera decidir ¿Estaría dispuesto a vivir bajo el mismo techo con un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe

<b>P825</b>	Cree usted que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres tienden a abusar o tener relaciones sexuales con los niños?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P826</b>	¿Estaría dispuesto a trabajar con un hombre que mantiene relaciones sexuales con otro hombre ?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P827</b>	Si fuera directivo de una empresa y supiera que un trabajador suyo mantiene relaciones sexuales con otro hombre ¿Permitiría que continuara incorporado a su puesto de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P828</b>	Si se sabe que un profesor mantiene relaciones sexuales con otro hombre. ¿Se le podría permitir que continuara impartiendo clases en la escuela?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P829</b>	Cree que un hombre que tiene relaciones sexuales con otro hombre puede ocupar un cargo directivo en algún centro de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P830</b>	Si pudiera decidir, ¿permitiría la unión legal entre parejas del mismo sexo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 Entre hombres si, pero entre mujeres No <input type="checkbox"/> 3 Entre mujeres si, pero entre hombres No <input type="checkbox"/> 4 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P831</b>	¿Qué haría usted si un hijo varón le comunicara que siente inclinación hacia las personas de su mismo sexo o que tiene una pareja de su mismo sexo?  <div style="text-align: center;"><b>Admite más de una marca</b></div>	<input type="checkbox"/> 1 Lo vería como algo normal <input type="checkbox"/> 2 No lo aceptaría bajo ningún concepto <input type="checkbox"/> 3 Me dolería pero terminaría por aceptarlo <input type="checkbox"/> 4 Respetaría su decisión <input type="checkbox"/> 5 Actuaría con violencia <input type="checkbox"/> 6 Buscaría ayuda profesional (lo llevaría a un psicólogo...) <input type="checkbox"/> 7 Otra. <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde
<b>A continuación le hare algunas preguntas para conocer su criterio sobre aquellas personas que se visten y comportan como personas de un sexo diferente a sexo biológico que le asignaron al nacer, y no precisamente para actuar. Le estare preguntando sobre los travestis y transexuales</b>		
<b>P832</b>	¿Permitiría que una persona travesti o transexual visite su casa?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P833</b>	¿Estaría dispuesto a establecer una amistad con una persona travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P834</b>	¿Considera que todas las personas travestis o transexuales se prostituyen?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P835</b>	¿Considera que todas las personas trasvestis o transexuales tienen VIH?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P836</b>	¿Estaría dispuesto a compartir en actividades recreativas con una persona travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P837</b>	¿Estaría dispuesto a recibir atención en los servicios de salud por una persona que conozca que es travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe



<b>P838</b>	¿Estaría dispuesto a recibir servicios generales (gastronomía, peluquería, etc.) por una persona que conozca que es travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P839</b>	Si pudiera decidir ¿Estaría dispuesto a vivir bajo el mismo techo con una persona travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P840</b>	¿Cree que una persona por ser travesti o transexual puede influir negativamente en el comportamiento de los niños?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P841</b>	Si pudiera decidir, ¿ permitiría que una persona travesti o transexual fuera su compañero de trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P842</b>	¿Cree que una persona travesti o transexual puede desempeñar cualquier trabajo?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P843</b>	¿Se podría permitir que una persona travesti o transexual imparta clases en una escuela?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P844</b>	¿Estaría dispuesto a ingresar en la sala de un hospital con una persona travesti o transexual?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P845</b>	¿En qué sala considera que debería ingresar una persona travesti que necesite hospitalización?	<input type="checkbox"/> 1 Si es biológicamente un hombre, en la Sala de Hombre <input type="checkbox"/> 2 Si es biológicamente una mujer, en la Sala de Mujer <input type="checkbox"/> 3 Depende del sexo biológico que tenga la persona <input type="checkbox"/> 4 Como más cómodo le sea a la persona <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P846</b>	Asumiendo que lleve la ropa adecuada según las normas, ¿Cómo considera que una persona travesti o transexual debe ir vestida a su centro de trabajo?  <b>Lea las alternativas de respuesta y marque solo una</b>	<input type="checkbox"/> 1 Conforme a su sexo biológico <input type="checkbox"/> 2 Con la imagen que se identifica <input type="checkbox"/> 3 Como más cómodo le resulte a la persona <input type="checkbox"/> 4 Depende del centro de trabajo que sea <input type="checkbox"/> 5 Otra <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P847</b>	¿Considera que las personas travestis o transexuales deben ser llamadas por su nombre legal, por el nombre que se identifican o como más cómodo le resulte a la persona?	<input type="checkbox"/> 1 Nombre legal <input type="checkbox"/> 2 Nombre que se identifica <input type="checkbox"/> 3 Como más cómodo le resulte a la persona <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P848</b>	¿A que servicio sanitario (baño) debería ir una persona travesti o transexual ?	<input type="checkbox"/> 1 Si es biológicamente un hombre, al de los hombres <input type="checkbox"/> 2 Si es biológicamente una mujer, al de las mujeres <input type="checkbox"/> 3 Depende del sexo biológico que tenga la persona <input type="checkbox"/> 4 Como más cómodo le sea a la persona <input type="checkbox"/> 9 No sabe
<b>P849</b>	¿Qué haría usted si un hijo varón le comunicara que quiere salir a la calle vistiendo ropa de mujer?  <b>Admite más de una marca</b>	<input type="checkbox"/> 1 Lo vería como algo normal <input type="checkbox"/> 2 No lo aceptaría bajo ningún concepto <input type="checkbox"/> 3 Me dolería pero terminaría por aceptarlo <input type="checkbox"/> 4 Respetaría su decisión <input type="checkbox"/> 5 Actuaría con violencia <input type="checkbox"/> 6 Buscaría ayuda profesional (lo llevaría a un psicólogo...) <input type="checkbox"/> 7 Otra. <input type="checkbox"/> 9 No sabe/No Responde
<b>P850</b>	<b>Entregue la Tarjeta #5 al encuestado y digale:</b> Por favor, ahora necesito que lea la pregunta que aparece en la tarjeta y me diga solamente el número correspondiente a su respuesta. <b>(Si no responde anote 9)</b>	<input type="checkbox"/>