

CONFIDENCIAL

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

Buenos días. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para la Secretaría Distrital de la Mujer y Consorcio Equidad 2025. Estamos realizando una encuesta a población específica de 18 años o más acerca de diferentes temas relacionados con salud, educación, trabajo entre otros. Apreciaríamos su participación en esta encuesta. Esta información será utilizada solo con fines estadísticos para establecer políticas distritales. La encuesta dura aproximadamente 40 minutos. Toda la información que nos provea será mantenida en estricta confidencialidad y no será mostrada a otras personas. Su participación en esta encuesta es voluntaria.

**A. IDENTIFICACIÓN**

1. Localidad

2. Sector

3. Sección

4. Manzana

5. Segmento

6. Zona: Cabecera municipal   
 Centro poblado   
 Rural disperso

7. ¿Cómo se llama el barrio en el que vive? \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es la dirección de la vivienda? \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál es el estrato que aparece en el recibo de energía eléctrica?

10. ¿Cuántos hogares hay en la vivienda?

11. Hogar número

12. ¿Cuántas personas conforman el hogar? Si marca 1 pase a 22

13. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
 ¿Cuántas de las personas tienen entre 0 y 5 años?

14. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
 ¿Cuántas de las personas tienen entre 6 y 13 años?

15. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
 ¿Cuántas de las personas tienen alguna discapacidad?

16. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
 ¿Cuántas de las personas son mayores de 80 años?

17. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
**\*Distintas a las que tienen algún tipo de discapacidad pregunta 15**  
 ¿Cuántas de las personas requieren cuidado, apoyo o asistencia por razones de salud?

18. *\* si el total de personas en el hogar pregunta 12 >1*  
 ¿Usted se encarga del cuidado directo de alguna de ellas?  
 Si  1  
 No  2  
 (alimentar, ayudar a alimentar, bañar, acompañar a citas médicas, leer, jugar, ayudar en las tareas, brindar apoyo emocional, etc.)  
**Tenga en cuenta todas las personas por las que se indagó anteriormente preguntas de la 13 a la 17**  
*[Para responder esta pregunta se debe tener en cuenta sólo las personas que viven en el hogar?]*

18.1 ¿Cuántas personas mayores de 18 años conforman el hogar?

59. ¿Con cuáles de los siguientes dispositivos tecnológicos cuenta su hogar?

a. Computador  1

b. Tableta  1

c. Smart TV (es decir, televisor con acceso a internet)  1

d. Asistente de voz (alexa, sirí, etc.)  1

e. Consolas de juegos (play, xbox, etc.)  1

f. Ninguno de los anteriores  2

65. Tipo de vivienda: Casa  1  
 Apartamento  2  
 Vivienda tipo cuarto  3  
 Otro (contenedor, carpa, cueva, etc.)  4

66. Incluyendo sala y comedor, cuantos cuartos tiene esta vivienda? No cuente la cocina, el baño ni los cuartos usados para garaje o negocio

Cuartos

67.

¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?

Cuartos

68. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos cuenta la vivienda?

	Sí	No
	1	2
a. Energía eléctrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Recolección de basuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Acueducto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Alcantarillado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gas natural conectado a red pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. La vivienda ocupada por este hogar es:

Propia totalmente pagada  1

Propia en proceso de pago  2

Familiar  3

En arriendo o subarriendo  4

Ocupada con permiso del propietario sin pago alguno  5

Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva, etc.)  6

19. ¿Con quién vive en su hogar?

a. Usted	1	<input type="checkbox"/>	o. Nietas	1	<input type="checkbox"/>
b. Hijas y/o hijos	1	<input type="checkbox"/>	p. Primas	1	<input type="checkbox"/>
c. Pareja	1	<input type="checkbox"/>	q. Primos	1	<input type="checkbox"/>
d. Expareja	1	<input type="checkbox"/>	r. Familia política	1	<input type="checkbox"/>
e. Madre	1	<input type="checkbox"/>	(yernos, nueras,		
f. Padre	1	<input type="checkbox"/>	cuñadas, cuñados)		
g. Hermanas	1	<input type="checkbox"/>	s. Amigos o Compañeros	1	<input type="checkbox"/>
h. Hermanos	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
i. Abuelas	1	<input type="checkbox"/>	t. Amigas o Compañeras	1	<input type="checkbox"/>
j. Abuelos	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
k. Tías	1	<input type="checkbox"/>	u. Otras personas	1	<input type="checkbox"/>
l. Tíos	1	<input type="checkbox"/>	v. Sola/o	1	<input type="checkbox"/>
m. Madrastra	1	<input type="checkbox"/>			
n. Padrastro	1	<input type="checkbox"/>			
ñ. Nietos	1	<input type="checkbox"/>			

79. En los últimos 12 meses, la vivienda ha tenido alguna de las siguientes afectaciones:

a. Grietas en paredes, pisos o techos	1	<input type="checkbox"/>
b. Humedades en techos, paredes o pisos	1	<input type="checkbox"/>
c. Filtraciones o goteras en el techo	1	<input type="checkbox"/>
d. Inestabilidad estructural (muros o techos con riesgo de	1	<input type="checkbox"/>
e. Deterioro en materiales de construcción (por ejemplo,	1	<input type="checkbox"/>
techos de lámina deteriorados, pisos en mal estado)		
f. Ninguno	1	<input type="checkbox"/>

1  *Pase a capítulo B*

Teniendo en cuenta las personas con las que vive ¿Cuáles aportan al cuidado del hogar (preparación de alimentos, aseo, cuidado, compras, etc.)?

*[Se tendrán en cuenta las opciones marcadas en la pregunta conformación del hogar]*

a. Usted	1	<input type="checkbox"/>	ñ. Nietos	1	<input type="checkbox"/>
b. Hijas y/o hijos	1	<input type="checkbox"/>	o. Nietas	1	<input type="checkbox"/>
c. Pareja	1	<input type="checkbox"/>	p. Primas	1	<input type="checkbox"/>
d. Expareja	1	<input type="checkbox"/>	q. Primos	1	<input type="checkbox"/>
e. Madre	1	<input type="checkbox"/>	r. Familia política	1	<input type="checkbox"/>
g. Hermanas	1	<input type="checkbox"/>	(yernos, nueras,		
h. Hermanos	1	<input type="checkbox"/>	s. Amigos o Compañeros	1	<input type="checkbox"/>
i. Abuelas	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
k. Tías	1	<input type="checkbox"/>	t. Amigas o Compañeras	1	<input type="checkbox"/>
l. Tíos	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
m. Madrastra	1	<input type="checkbox"/>	u. Otras personas	1	<input type="checkbox"/>
n. Padrastro	1	<input type="checkbox"/>	v. Sola/o	1	<input type="checkbox"/>

80. Las consecuencias de estas afectaciones a su vivienda ¿se encuentran resueltas?

Si	1	<input type="checkbox"/>
No	2	<input type="checkbox"/>

Teniendo en cuenta las personas con las que vive ¿Cuáles aportan ingresos para los gastos del hogar?

*[Se tendrán en cuenta las opciones marcadas en la pregunta conformación del hogar]*

a. Usted	1	<input type="checkbox"/>	ñ. Nietos	1	<input type="checkbox"/>
b. Hijas y/o hijos	1	<input type="checkbox"/>	o. Nietas	1	<input type="checkbox"/>
c. Pareja	1	<input type="checkbox"/>	p. Primas	1	<input type="checkbox"/>
d. Expareja	1	<input type="checkbox"/>	q. Primos	1	<input type="checkbox"/>
e. Madre	1	<input type="checkbox"/>	r. Familia política	1	<input type="checkbox"/>
g. Hermanas	1	<input type="checkbox"/>	(yernos, nueras,		
h. Hermanos	1	<input type="checkbox"/>	s. Amigos o Compañeros	1	<input type="checkbox"/>
i. Abuelas	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
k. Tías	1	<input type="checkbox"/>	t. Amigas o Compañeras	1	<input type="checkbox"/>
l. Tíos	1	<input type="checkbox"/>	de apartamento		
m. Madrastra	1	<input type="checkbox"/>	u. Otras personas	1	<input type="checkbox"/>
n. Padrastro	1	<input type="checkbox"/>	v. Sola/o	1	<input type="checkbox"/>

22. En este hogar tienen animales de compañía como perros y/o gat

Si	1	<input type="checkbox"/>
No	2	<input type="checkbox"/>

*Eliminar pase*

**A-1. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA**

1. Nombre de la persona que realiza la encuesta \_\_\_\_\_

2. Nombre de la persona que supervisa la encuesta \_\_\_\_\_

4. Fecha:     Hora inicio     Resultado\*

5. Fecha:     Hora final     Resultado\*

(\*) 1. Encuesta Completa.      2. Encuesta Incompleta.      3. Ocupado.

5. Ausente Temporalmente.      6. Rechazo.      7. Vacante.

4. Nadie en el Hogar.

8. Otro Motivo.

**Observaciones**

**CAPÍTULO B. CARACTERÍSTICAS GENERALES**

		Persona orden ____	Persona orden ____	Persona orden ____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
402	Nombres	_____	_____	_____
	Apellidos	_____	_____	_____
<b>Nombres y apellidos que aparecen en su documento de identidad [Cada nombre y apellido debe</b>				
403	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía 1 <input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía 1 <input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía 1 <input type="checkbox"/>
		Cédula de Extranjería 2 <input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería 2 <input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería 2 <input type="checkbox"/>
		Pasaporte 3 <input type="checkbox"/>	Pasaporte 3 <input type="checkbox"/>	Pasaporte 3 <input type="checkbox"/>
		Salvoconducto 4 <input type="checkbox"/>	Salvoconducto 4 <input type="checkbox"/>	Salvoconducto 4 <input type="checkbox"/>
		Permiso de Protección Temporal (PPT) 5 <input type="checkbox"/>	Permiso de Protección Temporal (PPT) 5 <input type="checkbox"/>	Permiso de Protección Temporal (PPT) 5 <input type="checkbox"/>
		No tiene documento 6 <input type="checkbox"/> Pase a 24	No tiene documento 6 <input type="checkbox"/> Pase a 24	No tiene documento 6 <input type="checkbox"/> Pase a 24
		No responde 7 <input type="checkbox"/> Pase a 24	No responde 7 <input type="checkbox"/> Pase a 24	No responde 7 <input type="checkbox"/> Pase a 24
404	Número de documento	_____	_____	_____
24	¿Cuál fue su sexo asignado al nacer?	Masculino 1 <input type="checkbox"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/>	Masculino 1 <input type="checkbox"/>
		Femenino 2 <input type="checkbox"/>	Femenino 2 <input type="checkbox"/>	Femenino 2 <input type="checkbox"/>
		Otro 3 <input type="checkbox"/>	Otro 3 <input type="checkbox"/>	Otro 3 <input type="checkbox"/>
25	¿Usted se reconoce cómo?	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Hombre 1 <input type="checkbox"/>
		Mujer 2 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>
		Hombre trans 3 <input type="checkbox"/>	Hombre trans 3 <input type="checkbox"/>	Hombre trans 3 <input type="checkbox"/>
		Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>	Mujer trans 4 <input type="checkbox"/>
		Persona No binaria 5 <input type="checkbox"/>	Persona No binaria 5 <input type="checkbox"/>	Persona No binaria 5 <input type="checkbox"/>
		Persona de género fluido 6 <input type="checkbox"/>	Persona de género fluido 6 <input type="checkbox"/>	Persona de género fluido 6 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿Cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál? 7 <input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál? 7 <input type="checkbox"/>
26	La orientación sexual se define como la atracción afectiva o erótica que se siente hacia otra persona. En este sentido usted:	Se siente atraída/o hacia personas del género opuesto (heterosexual) 1 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o hacia personas del género opuesto (heterosexual) 1 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o hacia personas del género opuesto (heterosexual) 1 <input type="checkbox"/>
		Se siente atraída/o hacia personas de su mismo género (lesbiana/gay) 2 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o hacia personas de su mismo género (lesbiana/gay) 2 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o hacia personas de su mismo género (lesbiana/gay) 2 <input type="checkbox"/>
		Se siente atraída/o por ambos géneros ( bisexual) 3 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o por ambos géneros ( bisexual) 3 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o por ambos géneros ( bisexual) 3 <input type="checkbox"/>
		Se siente atraída/o por personas independientemente de su género (pansexual) 4 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o por personas independientemente de su género (pansexual) 4 <input type="checkbox"/>	Se siente atraída/o por personas independientemente de su género (pansexual) 4 <input type="checkbox"/>
		Siente atracción afectiva pero no erótica hacia personas (asexual) 5 <input type="checkbox"/>	Siente atracción afectiva pero no erótica hacia personas (asexual) 5 <input type="checkbox"/>	Siente atracción afectiva pero no erótica hacia personas (asexual) 5 <input type="checkbox"/>
		Otra ¿Cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Otra ¿Cuál? 6 <input type="checkbox"/>	Otra ¿Cuál? 6 <input type="checkbox"/>
27	¿Cuál es su fecha de nacimiento	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>	Día <input type="text"/>
		Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>
		Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
28	¿Usted es la/el jefe/a de su hogar? [Persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar, generalmente por ser quien aporta más dinero o por ser la persona de mayor edad o la que toma las decisiones principales dentro del grupo familiar]	Si 1 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

29	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted se identifica como una persona:	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitana Rrom 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Palenquera/o de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Negra o afrocolombiana 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i>	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitana Rrom 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Palenquera/o de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Negra o afrocolombiana 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i>	Indígena 1 <input type="checkbox"/> Gitana Rrom 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Palenquera/o de San Basilio 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Negra o afrocolombiana 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i> Ninguna de las anteriores 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase 31</i>
30	<i>*Si responde indígena en la pregunta anterior, preguntar</i> ¿De qué pueblo indígena se reconoce?	Muisca de Bosa 1 <input type="checkbox"/> Muisca de Suba 2 <input type="checkbox"/> Camentsa 3 <input type="checkbox"/> Pasto 4 <input type="checkbox"/> Uitoto 5 <input type="checkbox"/> Wounnan 6 <input type="checkbox"/> Ambiká Pijao 7 <input type="checkbox"/> Kichwa 8 <input type="checkbox"/> Inga 9 <input type="checkbox"/> Yanacona 10 <input type="checkbox"/> Nasa 11 <input type="checkbox"/> Misak Misak 12 <input type="checkbox"/> Eperara Siapidara 13 <input type="checkbox"/> Tubú 14 <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Muisca de Bosa 1 <input type="checkbox"/> Muisca de Suba 2 <input type="checkbox"/> Camentsa 3 <input type="checkbox"/> Pasto 4 <input type="checkbox"/> Uitoto 5 <input type="checkbox"/> Wounnan 6 <input type="checkbox"/> Ambiká Pijao 7 <input type="checkbox"/> Kichwa 8 <input type="checkbox"/> Inga 9 <input type="checkbox"/> Yanacona 10 <input type="checkbox"/> Nasa 11 <input type="checkbox"/> Misak Misak 12 <input type="checkbox"/> Eperara Siapidara 13 <input type="checkbox"/> Tubú 14 <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? 15 <input type="checkbox"/>	Muisca de Bosa 1 <input type="checkbox"/> Muisca de Suba 2 <input type="checkbox"/> Camentsa 3 <input type="checkbox"/> Pasto 4 <input type="checkbox"/> Uitoto 5 <input type="checkbox"/> Wounnan 6 <input type="checkbox"/> Ambiká Pijao 7 <input type="checkbox"/> Kichwa 8 <input type="checkbox"/> Inga 9 <input type="checkbox"/> Yanacona 10 <input type="checkbox"/> Nasa 11 <input type="checkbox"/> Misak Misak 12 <input type="checkbox"/> Eperara Siapidara 13 <input type="checkbox"/> Tubú 14 <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? 15 <input type="checkbox"/>
31	¿Con cuál de las siguientes opciones se identifica usted en términos de creencias religiosas o espirituales?	a. Católica/o 1 <input type="checkbox"/> b. Cristiana/o o evangélica/o 1 <input type="checkbox"/> c. Testigo de Jehová 1 <input type="checkbox"/> d. Mormón 1 <input type="checkbox"/> e. Bautista 1 <input type="checkbox"/> f. Prácticas espirituales indígenas 1 <input type="checkbox"/> g. Prácticas espirituales de matriz africana y de la diáspora (santería, yoruba, rastafari, etc.) 1 <input type="checkbox"/> h. Se considera espiritual, pero no religiosa/o 1 <input type="checkbox"/> i. No profesa ninguna religión, ni creencia 1 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Católica/o 1 <input type="checkbox"/> b. Cristiana/o o evangélica/o 1 <input type="checkbox"/> c. Testigo de Jehová 1 <input type="checkbox"/> d. Mormón 1 <input type="checkbox"/> e. Bautista 1 <input type="checkbox"/> f. Prácticas espirituales indígenas 1 <input type="checkbox"/> g. Prácticas espirituales de matriz africana y de la diáspora (santería, yoruba, rastafari, etc.) 1 <input type="checkbox"/> h. Se considera espiritual, pero no religiosa/o 1 <input type="checkbox"/> i. No profesa ninguna religión, ni creencia 1 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Católica/o 1 <input type="checkbox"/> b. Cristiana/o o evangélica/o 1 <input type="checkbox"/> c. Testigo de Jehová 1 <input type="checkbox"/> d. Mormón 1 <input type="checkbox"/> e. Bautista 1 <input type="checkbox"/> f. Prácticas espirituales indígenas 1 <input type="checkbox"/> g. Prácticas espirituales de matriz africana y de la diáspora (santería, yoruba, rastafari, etc.) 1 <input type="checkbox"/> h. Se considera espiritual, pero no religiosa/o 1 <input type="checkbox"/> i. No profesa ninguna religión, ni creencia 1 <input type="checkbox"/> j. Otra, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>
44	¿En dónde nació?	En Bogotá 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 48</i> En otro municipio colombiano (Código y nombre del municipio) 2 <input type="checkbox"/> En otro país (Código y nombre del país) 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 46</i>	En Bogotá 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 48</i> En otro municipio colombiano (Código y nombre del municipio) 2 <input type="checkbox"/> En otro país (Código y nombre del país) 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 46</i>	En Bogotá 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 48</i> En otro municipio colombiano (Código y nombre del municipio) 2 <input type="checkbox"/> En otro país (Código y nombre del país) 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 46</i>
45	<i>*si contestó en otro municipio</i> ¿Cuándo nació su vivienda quedaba en?	La cabecera municipal? (donde 1 <input type="checkbox"/> Un centro poblado? (corregimiento municipal, inspección de policía, caserío) 2 <input type="checkbox"/> En una zona rural dispersa? (vereda, campo, corregimiento municipal, resguardo, territorio colectivo) 3 <input type="checkbox"/>	La cabecera municipal? (donde 1 <input type="checkbox"/> Un centro poblado? (corregimiento municipal, inspección de policía, caserío) 2 <input type="checkbox"/> En una zona rural dispersa? (vereda, campo, corregimiento municipal, resguardo, territorio colectivo) 3 <input type="checkbox"/>	La cabecera municipal? (donde está la alcaldía) 1 <input type="checkbox"/> Un centro poblado? (corregimiento municipal, inspección de policía, caserío) 2 <input type="checkbox"/> En una zona rural dispersa? (vereda, campo, corregimiento municipal, resguardo, territorio colectivo) 3 <input type="checkbox"/>

46	<p><i>Sí responde opción 2 o 3 en la pregunta ¿En dónde nació?:</i></p> <p>¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la ciudad de Bogotá?</p>	<p>Menos de 1 año      1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 2 años            2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 5 años            3 <input type="checkbox"/></p> <p>6 a 9 años            4 <input type="checkbox"/></p> <p>10 años o más       5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Menos de 1 año      1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 2 años            2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 5 años            3 <input type="checkbox"/></p> <p>6 a 9 años            4 <input type="checkbox"/></p> <p>10 años o más       5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Menos de 1 año      1 <input type="checkbox"/></p> <p>1 a 2 años            2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 a 5 años            3 <input type="checkbox"/></p> <p>6 a 9 años            4 <input type="checkbox"/></p> <p>10 años o más       5 <input type="checkbox"/></p>
48	<p>¿Cuál es su nacionalidad?</p>	<p>a. Colombiana      1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Venezolana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Ecuatoriana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Peruana            1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Brasileña           1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Argentina          1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mexicana           1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Española           1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Estadounidense   1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Otra ¿Cuál?        1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Colombiana      1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Venezolana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Ecuatoriana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Peruana            1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Brasileña           1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Argentina          1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mexicana           1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Española           1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Estadounidense   1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Otra ¿Cuál?        1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Colombiana      1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Venezolana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Ecuatoriana       1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Peruana            1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Brasileña           1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Argentina          1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mexicana           1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Española           1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Estadounidense   1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Otra ¿Cuál?        1 <input type="checkbox"/></p>
49	<p>¿Usted se considera campesino/a?</p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 51</i></p>
50	<p><i>*Si responde no en la anterior</i></p> <p>¿Usted considera que alguna vez fue campesino/a?</p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí                        1 <input type="checkbox"/></p> <p>No                       2 <input type="checkbox"/></p> <p>No informa            3 <input type="checkbox"/></p>

51	¿Usted considera que la comunidad en que vive es campesina?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No informa <input type="checkbox"/> 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No informa <input type="checkbox"/> 3	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No informa <input type="checkbox"/> 3
52	¿Usted tiene alguna discapacidad? <i>Tenga en cuenta la definición de Personas con discapacidad: aquellas con condiciones físicas, mentales, intelectuales, sensoriales al largo plazo que, al interactuar</i>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>Pase 55</i>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>Pase 55</i>	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>Pase 55</i>
53	<i>Si respondió sí en la pregunta anterior</i> ¿Qué tipo de discapacidad tiene?	a. Auditiva <input type="checkbox"/> 1 b. Física <input type="checkbox"/> 1 c. Intelectual o cognitiva <input type="checkbox"/> 1 d. Psicosocial o mental <input type="checkbox"/> 1 e. Visual <input type="checkbox"/> 1 d. Sordoceguera <input type="checkbox"/> 1 e. Múltiple <input type="checkbox"/> 1	a. Auditiva <input type="checkbox"/> 1 b. Física <input type="checkbox"/> 1 c. Intelectual o cognitiva <input type="checkbox"/> 1 d. Psicosocial o mental <input type="checkbox"/> 1 e. Visual <input type="checkbox"/> 1 d. Sordoceguera <input type="checkbox"/> 1 e. Múltiple <input type="checkbox"/> 1	a. Auditiva <input type="checkbox"/> 1 b. Física <input type="checkbox"/> 1 c. Intelectual o cognitiva <input type="checkbox"/> 1 d. Psicosocial o mental <input type="checkbox"/> 1 e. Visual <input type="checkbox"/> 1 d. Sordoceguera <input type="checkbox"/> 1 e. Múltiple <input type="checkbox"/> 1
54	<i>Si respondió que sí tiene una discapacidad</i> ¿Cuenta con Certificado de Discapacidad (evaluación y registro en SISPRO - RLCPD)?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
55	¿Usted es una persona que realiza o ha realizado actividades sexuales pagadas?	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
33	¿Cuántas hijas e hijos nacid@s viv@'s ha tenido?	Cuántos <input type="text"/>	Cuántos <input type="text"/>	Cuántos <input type="text"/>
38	¿Cuál es su estado civil actual?	Unión libre <input type="checkbox"/> 1 Está casado/a <input type="checkbox"/> 2 Está separado/a o divorciado/a <input type="checkbox"/> 3 <i>Pase cap C</i> Está viudo/a <input type="checkbox"/> 4 <i>Pase cap C</i> Está soltero/a <input type="checkbox"/> 5 <i>Pase cap C</i>	Unión libre <input type="checkbox"/> 1 Está casado/a <input type="checkbox"/> 2 Está separado/a o divorciado/a <input type="checkbox"/> 3 <i>Pase cap C</i> Está viudo/a <input type="checkbox"/> 4 <i>Pase cap C</i> Está soltero/a <input type="checkbox"/> 5 <i>Pase cap C</i>	Unión libre <input type="checkbox"/> 1 Está casado/a <input type="checkbox"/> 2 Está separado/a o divorciado/a <input type="checkbox"/> 3 <i>Pase cap C</i> Está viudo/a <input type="checkbox"/> 4 <i>Pase cap C</i> Está soltero/a <input type="checkbox"/> 5 <i>Pase cap C</i>
39	¿Hace cuánto vive en pareja?	Menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 Dos años o más <input type="checkbox"/> 2	Menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 Dos años o más <input type="checkbox"/> 2	Menos de dos años <input type="checkbox"/> 1 Dos años o más <input type="checkbox"/> 2
40	<i>[Si responde 1, 2 en estado civil]</i> ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por su pareja?	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria (1º a 5º) <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato (sin título) <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato (con título) <input type="checkbox"/> 5 Técnico (sin título) <input type="checkbox"/> 6 Técnico (con título) <input type="checkbox"/> 7 Tecnológico (sin título) <input type="checkbox"/> 8 Tecnológico (con título) <input type="checkbox"/> 9 Universitaria incompleta (sin título) <input type="checkbox"/> 10 Universitaria completa (con título) <input type="checkbox"/> 11 Posgrado (sin título) <input type="checkbox"/> 12 Posgrado (con título) <input type="checkbox"/> 13	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria (1º a 5º) <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato (sin título) <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato (con título) <input type="checkbox"/> 5 Técnico (sin título) <input type="checkbox"/> 6 Técnico (con título) <input type="checkbox"/> 7 Tecnológico (sin título) <input type="checkbox"/> 8 Tecnológico (con título) <input type="checkbox"/> 9 Universitaria incompleta (sin título) <input type="checkbox"/> 10 Universitaria completa (con título) <input type="checkbox"/> 11 Posgrado (sin título) <input type="checkbox"/> 12 Posgrado (con título) <input type="checkbox"/> 13	Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Preescolar <input type="checkbox"/> 2 Básica primaria (1º a 5º) <input type="checkbox"/> 3 Bachillerato (sin título) <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato (con título) <input type="checkbox"/> 5 Técnico (sin título) <input type="checkbox"/> 6 Técnico (con título) <input type="checkbox"/> 7 Tecnológico (sin título) <input type="checkbox"/> 8 Tecnológico (con título) <input type="checkbox"/> 9 Universitaria incompleta (sin título) <input type="checkbox"/> 10 Universitaria completa (con título) <input type="checkbox"/> 11 Posgrado (sin título) <input type="checkbox"/> 12 Posgrado (con título) <input type="checkbox"/> 13
41	<i>[Si responde 1, 2 en estado civil]</i> ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su pareja?	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
		<i>Si módulo a pg 22 = 1 pase a pg 23 de lo contrario pase a módulo C</i>	<i>Si módulo a pg 22 = 1 pase a pg 23 de lo contrario pase a módulo C</i>	<i>Si módulo a pg 22 = 1 pase a pg 23 de lo contrario pase a módulo C</i>
23	De los animales de compañía que tiene si hogar, ¿Cuántos de ellos están bajo su cuidado?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CAPÍTULO C. VIVIENDA Y HÁBITAT - TIC**

		Persona orden _____	Persona orden _____	Persona orden _____
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
57	Usted cuenta con acceso a internet, en su casa o desde un dispositivo electrónico	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70
58	Si responde sí en la pregunta anterior ¿Cómo accede a internet?	a. A través de servicio de internet en su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. A través de un plan móvil postpago 1 <input type="checkbox"/> c. A través de recargas prepago 1 <input type="checkbox"/> d. A través de redes públicas (en calle, bibliotecas, estaciones de Transmilenio, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. A través de redes privadas (cafeterías, empresariales, centros comerciales, etc.) 1 <input type="checkbox"/> f. Otra ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. A través de servicio de internet en su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. A través de un plan móvil postpago 1 <input type="checkbox"/> c. A través de recargas prepago 1 <input type="checkbox"/> d. A través de redes públicas (en calle, bibliotecas, estaciones de Transmilenio, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. A través de redes privadas (cafeterías, empresariales, centros comerciales, etc.) 1 <input type="checkbox"/> f. Otra ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. A través de servicio de internet en su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. A través de un plan móvil postpago 1 <input type="checkbox"/> c. A través de recargas prepago 1 <input type="checkbox"/> d. A través de redes públicas (en calle, bibliotecas, estaciones de Transmilenio, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. A través de redes privadas (cafeterías, empresariales, centros comerciales, etc.) 1 <input type="checkbox"/> f. Otra ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____
61	¿Con qué frecuencia utiliza internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?	Todos los días de la semana 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes 3 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año 4 <input type="checkbox"/> No utiliza internet 5 <input type="checkbox"/> Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70	Todos los días de la semana 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes 3 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año 4 <input type="checkbox"/> No utiliza internet 5 <input type="checkbox"/> Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70	Todos los días de la semana 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes 3 <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año 4 <input type="checkbox"/> No utiliza internet 5 <input type="checkbox"/> Si capítulo B pg 52 =1 pase a pg 64, de lo contrario pase a pg 70

63	<p>¿Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza...internet: <b>Mostrar Tarjeta</b></p>	<p>a. Trámites en línea, banca digital y servicios financieros (incluye solicitudes, consultas, pagos, transferencias, aplicaciones financieras). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Educación o aprendizaje virtual (por ejemplo, cursos, clases, tutoriales, recursos educativos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Trabajo o actividad económica (por ejemplo, teletrabajo, búsqueda de empleo, venta de productos, contacto con clientes). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Compra o venta de bienes y servicios (por ejemplo, plataformas de comercio electrónico, aplicaciones de domicilios). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Consumo de contenido cultural o informativo (por ejemplo, periódicos digitales, videos, películas, música, medios de comunicación). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Interacción social o comunicación digital (por ejemplo, redes sociales, videollamadas, foros, mensajería instantánea). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Almacenamiento y gestión de archivos en la nube (guardar, editar o compartir documentos, fotos, videos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Gestionar servicios de salud (citas médicas, certificaciones, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Denuncias y activación de rutas de atención (App de la fiscalía, policía, secretaria de la mujer, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Participación en espacios sociales, políticos y organizativos (instancias de participación ciudadana, colectivos, aeruaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Consumo o participación en contenidos y actividades de carácter sexual o erótico (pornografía, interacción en plataformas webcam, videojuegos con contenido sexual, servicios sexuales virtuales, sexting, salas de chat eróticas entre otros) 1 <input type="checkbox"/></p> <p><i>*Si Modulo B pregunta 52 = 1 pase a pg 64 o Si Modulo B pregunta 52 = 2 pase a pg 70</i></p>	<p>a. Trámites en línea, banca digital y servicios financieros (incluye solicitudes, consultas, pagos, transferencias, aplicaciones financieras). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Educación o aprendizaje virtual (por ejemplo, cursos, clases, tutoriales, recursos educativos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Trabajo o actividad económica (por ejemplo, teletrabajo, búsqueda de empleo, venta de productos, contacto con clientes). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Compra o venta de bienes y servicios (por ejemplo, plataformas de comercio electrónico, aplicaciones de domicilios). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Consumo de contenido cultural o informativo (por ejemplo, periódicos digitales, videos, películas, música, medios de comunicación). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Interacción social o comunicación digital (por ejemplo, redes sociales, videollamadas, foros, mensajería instantánea). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Almacenamiento y gestión de archivos en la nube (guardar, editar o compartir documentos, fotos, videos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Gestionar servicios de salud (citas médicas, certificaciones, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Denuncias y activación de rutas de atención (App de la fiscalía, policía, secretaria de la mujer, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Participación en espacios sociales, políticos y organizativos (instancias de participación ciudadana, colectivos, aeruaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Consumo o participación en contenidos y actividades de carácter sexual o erótico (pornografía, interacción en plataformas webcam, videojuegos con contenido sexual, servicios sexuales virtuales, sexting, salas de chat eróticas entre otros) 1 <input type="checkbox"/></p> <p><i>*Si Modulo B pregunta 52 = 1 pase a pg 64 o Si Modulo B pregunta 52 = 2 pase a pg 70</i></p>	<p>a. Trámites en línea, banca digital y servicios financieros (incluye solicitudes, consultas, pagos, transferencias, aplicaciones financieras). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Educación o aprendizaje virtual (por ejemplo, cursos, clases, tutoriales, recursos educativos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Trabajo o actividad económica (por ejemplo, teletrabajo, búsqueda de empleo, venta de productos, contacto con clientes). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Compra o venta de bienes y servicios (por ejemplo, plataformas de comercio electrónico, aplicaciones de domicilios). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Consumo de contenido cultural o informativo (por ejemplo, periódicos digitales, videos, películas, música, medios de comunicación). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Interacción social o comunicación digital (por ejemplo, redes sociales, videollamadas, foros, mensajería instantánea). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Almacenamiento y gestión de archivos en la nube (guardar, editar o compartir documentos, fotos, videos). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Gestionar servicios de salud (citas médicas, certificaciones, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Denuncias y activación de rutas de atención (App de la fiscalía, policía, secretaria de la mujer, etc) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Participación en espacios sociales, políticos y organizativos (instancias de participación ciudadana, colectivos, aeruaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Consumo o participación en contenidos y actividades de carácter sexual o erótico (pornografía, interacción en plataformas webcam, videojuegos con contenido sexual, servicios sexuales virtuales, sexting, salas de chat eróticas entre otros) 1 <input type="checkbox"/></p> <p><i>*Si Modulo B pregunta 52 = 1 pase a pg 64 o Si Modulo B pregunta 52 = 2 pase a pg 70</i></p>
64	<p><b>Solo para las personas que tienen algún tipo de discapacidad:</b> ¿A cuáles dispositivos o programas diferenciales relacionados con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha accedido para facilitar su comunicación, acceso a la información o participación digital? <b>* Responder si modulo B pregunta 52 = 1</b></p>	<p>a. Lectores o ampliadores de pantalla (por ejemplo, JAWS, ZoomText) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Subtítulos o transcripción automática para videos o reuniones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dispositivos o programas que permiten controlar el computador con la voz, los ojos o pulsadores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Teclados, ratones o pantallas táctiles adaptadas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Asistentes virtuales o comandos por voz (por ejemplo, Siri, Google Assistant) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intérprete de lengua de señas, presencial o virtual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Aplicaciones o programas con lectura fácil, pictogramas o rutinas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Ninguno / No ha accedido a dispositivos o programas diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Lectores o ampliadores de pantalla (por ejemplo, JAWS, ZoomText) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Subtítulos o transcripción automática para videos o reuniones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dispositivos o programas que permiten controlar el computador con la voz, los ojos o pulsadores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Teclados, ratones o pantallas táctiles adaptadas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Asistentes virtuales o comandos por voz (por ejemplo, Siri, Google Assistant) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intérprete de lengua de señas, presencial o virtual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Aplicaciones o programas con lectura fácil, pictogramas o rutinas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Ninguno / No ha accedido a dispositivos o programas diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Lectores o ampliadores de pantalla (por ejemplo, JAWS, ZoomText) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Subtítulos o transcripción automática para videos o reuniones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Dispositivos o programas que permiten controlar el computador con la voz, los ojos o pulsadores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Teclados, ratones o pantallas táctiles adaptadas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Asistentes virtuales o comandos por voz (por ejemplo, Siri, Google Assistant) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intérprete de lengua de señas, presencial o virtual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Aplicaciones o programas con lectura fácil, pictogramas o rutinas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Ninguno / No ha accedido a dispositivos o programas diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p>
70	<p>¿Cuántos bienes inmuebles tiene a su nombre o en los que figura como copropietaria/o? <i>Los bienes inmuebles son aquellos bienes, como un terreno o un edificio, que están fijamente adheridos a la tierra y no se pueden trasladar de un lugar a otro</i></p>	<p>Cuántos bienes inmuebles <input type="text"/> <i>Si es 0 pasa a P72</i></p>	<p>Cuántos bienes inmuebles <input type="text"/> <i>Si es 0 pasa a P72</i></p>	<p>Cuántos bienes inmuebles <input type="text"/> <i>Si es 0 pasa a P72</i></p>

71	<p>¿Cómo adquirió el o los bienes inmuebles?  <b>[Leer las opciones y esperar confirmación por cada una]</b></p>	<p>a. Por herencia o sucesión 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Por compra hecha con recursos propios (permutas o dinero en efectivo) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Por donación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. A través de subsidios o programas estatales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Préstamos bancarios y/o cooperativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamos de familiares y/o amigos/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Préstamos informales (casas de empeño, gota a gota) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otra 99 <input type="checkbox"/></p> <p><i>1. Si módulo A pg. 15 &gt; 0 o Si módulo A pg. 16 &gt; 0 pasar a pg 72</i>  <i>2. Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>3. Si no cumple ninguna de las dos condiciones pase a pg 74</i></p>	<p>a. Por herencia o sucesión 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Por compra hecha con recursos propios (permutas o dinero en efectivo) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Por donación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. A través de subsidios o programas estatales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Préstamos bancarios y/o cooperativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamos de familiares y/o amigos/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Préstamos informales (casas de empeño, gota a gota) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otra 99 <input type="checkbox"/></p> <p><i>1. Si módulo A pg. 15 &gt; 0 o Si módulo A pg. 16 &gt; 0 pasar a pg 72</i>  <i>2. Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>3. Si no cumple ninguna de las dos condiciones pase a pg 74</i></p>	<p>a. Por herencia o sucesión 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Por compra hecha con recursos propios (permutas o dinero en efectivo) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Por donación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. A través de subsidios o programas estatales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Préstamos bancarios y/o cooperativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Préstamos de familiares y/o amigos/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Préstamos informales (casas de empeño, gota a gota) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otra 99 <input type="checkbox"/></p> <p><i>1. Si módulo A pg. 15 &gt; 0 o Si módulo A pg. 16 &gt; 0 pasar a pg 72</i>  <i>2. Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>3. Si no cumple ninguna de las dos condiciones pase a pg 74</i></p>
72	<p><i>Aplicar la siguiente pregunta en los hogares donde por lo menos una persona reporte tener discapacidad, si hay personas de 80 años o más o con alguna enfermedad crónica</i>          ¿Qué tan adecuada considera que es su vivienda para la movilidad dentro del hogar, especialmente de personas con discapacidad, con una enfermedad crónica o personas mayores de 80 años?</p>	<p>Nada adecuada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Poco adecuada 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ni adecuada ni inadecuada 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adecuada 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Muy adecuada 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>Si módulo A pg 69=1 o 2 pase a pg 74</i></p>	<p>Nada adecuada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Poco adecuada 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ni adecuada ni inadecuada 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adecuada 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Muy adecuada 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>Si módulo A pg 69=1 o 2 pase a pg 74</i></p>	<p>Nada adecuada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Poco adecuada 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ni adecuada ni inadecuada 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adecuada 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Muy adecuada 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si módulo A pg 69=3, 4 5 o 6 pase a pg 73</i>  <i>Si módulo A pg 69=1 o 2 pase a pg 74</i></p>
73	<p>¿Usted o alguien de su hogar ha solicitado algún crédito o préstamo formal (bancos, cooperativas, etc.) para construir, comprar vivienda?</p>	<p>Sí, y fue aprobado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero fue rechazado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No ha solicitado 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No recuerda 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí, y fue aprobado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero fue rechazado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No ha solicitado 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No recuerda 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí, y fue aprobado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero fue rechazado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No ha solicitado 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No recuerda 4 <input type="checkbox"/></p>
74	<p>De uno a cinco, ¿qué tanto le gusta vivir en este barrio, siendo cinco me gusta mucho y uno no me gusta nada?</p>	<p>No me gusta nada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta poco 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Me es indiferente 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta Mucho 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Pase Cap D</i></p>	<p>No me gusta nada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta poco 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Me es indiferente 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta Mucho 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Pase Cap D</i></p>	<p>No me gusta nada 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta poco 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Me es indiferente 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Me gusta Mucho 5 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Pase Cap D</i></p>
75	<p><i>Si responde 3 o menos en la pregunta anterior:</i>          ¿Qué no le gusta de vivir en su barrio?</p>	<p>a. Mala ubicación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Mal servicio de transporte 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Falta de conectividad con otras zonas de la ciudad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Alto costo de los servicios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Problemas con las/los vecinas/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Falta de seguridad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Ausencia de zonas verdes y/o deterioro del espacio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Falta de servicios sociales y de cuidado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Exceso de ruido 1 <input type="checkbox"/></p> <p>J. Contaminación ambiental, problemas de limpieza, presencia de plagas y/o malos olores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Mala ubicación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Mal servicio de transporte 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Falta de conectividad con otras zonas de la ciudad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Alto costo de los servicios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Problemas con las/los vecinas/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Falta de seguridad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Ausencia de zonas verdes y/o deterioro del espacio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Falta de servicios sociales y de cuidado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Exceso de ruido 1 <input type="checkbox"/></p> <p>J. Contaminación ambiental, problemas de limpieza, presencia de plagas y/o malos olores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Mala ubicación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Mal servicio de transporte 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Falta de conectividad con otras zonas de la ciudad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Alto costo de los servicios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Problemas con las/los vecinas/os 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Falta de seguridad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Ausencia de zonas verdes y/o deterioro del espacio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Falta de servicios sociales y de cuidado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Exceso de ruido 1 <input type="checkbox"/></p> <p>J. Contaminación ambiental, problemas de limpieza, presencia de plagas y/o malos olores 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p>

**Capítulo D. PAZ Y CONVIVENCIA**

		<i>Persona orden</i>		<i>Persona orden</i>		<i>Persona orden</i>			
Nombre Apellidos		_____		_____		_____			
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>		<i>Opciones de respuesta</i>		<i>Opciones de respuesta</i>			
83	¿Usted se reconoce como víctima del conflicto armado?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>		
84	¿Se encuentra inscrita/o en el Registro Único de Víctimas de la Unidad de Víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>		
85	En los últimos 12 meses, ¿usted ha accedido a alguno de los programas de atención, asistencia o reparación integral ofrecidos por la Unidad para las Víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 89</i>		
87	*Solo para quienes se reconocen como víctimas ¿Ha accedido a alguna medida de reparación por parte del Estado? <i>P83=1</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Prefiero no responder. 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Prefiero no responder. 3 <input type="checkbox"/>		
89	¿Ha sido parte de algún proceso oficial de paz, desmovilización o reintegración en Colombia?	Sí, firmante del Acuerdo de Paz con las FARC (2016) 1 <input type="checkbox"/>	Sí, desmovilizado de otro grupo armado (AUC, ELN, EPL, otros) 2 <input type="checkbox"/>	Sí, participé en un proceso comunitario o regional de reconciliación 3 <input type="checkbox"/>	No he participado en ningún proceso 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 92</i>	Sí, firmante del Acuerdo de Paz con las FARC (2016) 1 <input type="checkbox"/>	Sí, desmovilizado de otro grupo armado (AUC, ELN, EPL, otros) 2 <input type="checkbox"/>	Sí, participé en un proceso comunitario o regional de reconciliación 3 <input type="checkbox"/>	No he participado en ningún proceso 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 92</i>
90	En los últimos 12 meses, ¿usted ha accedido a alguno de los programas dirigidos a personas en proceso de reincorporación, como los ofrecidos por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARNI)?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No sabe / No responde 3 <input type="checkbox"/>		
92	¿Usted participa en algún espacio de organización o discusión para la construcción de paz (ej: mesas de víctimas, consejos locales de paz u organizaciones de construcción de memoria)?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 94</i>		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 94</i>			

93	*Si responden sí a la pregunta anterior En los últimos 12 meses, ¿Ha participado en alguno de los siguientes espacios de discusión sobre proyectos o políticas para la construcción de paz?	a. Asambleas de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 b. Mesas nacionales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 c. Mesas distritales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 d. Consejos locales de paz 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 e. Comité Local de Justicia 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 f. Organizaciones sociales de construcción de memoria y/o paz territorial 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 g. Otro espacio, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 h. Ninguno de los anteriores 9 <input type="checkbox"/>	a. Asambleas de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 b. Mesas nacionales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 c. Mesas distritales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 d. Consejos locales de paz 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 e. Comité Local de Justicia 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 f. Organizaciones sociales de construcción de memoria y/o paz territorial 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 g. Otro espacio, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 h. Ninguno de los anteriores 9 <input type="checkbox"/>	a. Asambleas de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 b. Mesas nacionales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 c. Mesas distritales de víctimas 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 d. Consejos locales de paz 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 e. Comité Local de Justicia 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 f. Organizaciones sociales de construcción de memoria y/o paz territorial 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 g. Otro espacio, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> Pase 95 h. Ninguno de los anteriores 9 <input type="checkbox"/>
94	¿Cuál es la razón principal para no participar?	No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>	No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>	No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>
95	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido testigo de que otra persona haya sido tratada de forma desigual, excluida, acosada o agredida por su apariencia, su forma de ser, o por pertenecer a un grupo específico (por ejemplo, por su color de piel, edad, forma de vestir, religión, origen, orientación sexual, situación económica, discapacidad, entre otros motivos)?	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>
97	En los últimos 12 meses, 1. ¿La/lo trataron con menos respeto que a las demás personas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
98	En los últimos 12 meses 2. ¿Otras personas se comportaron como si usted fuera ignorante?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
99	En los últimos 12 meses, 3. ¿Otras personas se comportaron como si creyeran que usted es deshonesto/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
100	En los últimos 12 meses, 4. ¿Se burlaron de usted, le pusieron apodosos o sobrenombres ofensivos o lo insultaron?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si en pg 97, 98, 99 y 100 al menos 1 es = 1 pase a 117. Si en pg 97, 98, 99 y 100 = 2 pase a 101	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si en pg 97, 98, 99 y 100 al menos 1 es = 1 pase a 117. Si en pg 97, 98, 99 y 100 = 2 pase a 101	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si en pg 97, 98, 99 y 100 al menos 1 es = 1 pase a 117. Si en pg 97, 98, 99 y 100 = 2 pase a 101
117	* Si en alguna de las siete preguntas anteriores respondió 97,98,99,100 Estas experiencias de discriminación ocurrieron en:	a. Al interior de su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. Al interior del hogar de otra 1 <input type="checkbox"/> c. En la calle o vía pública 1 <input type="checkbox"/> d. En el transporte público 1 <input type="checkbox"/> e. En entornos educativos 1 <input type="checkbox"/> f. En entornos laborales 1 <input type="checkbox"/> g. En centros de salud 1 <input type="checkbox"/> h. En instituciones del Estado 1 <input type="checkbox"/> i. En entornos comunitarios o participativos (iglesias, organizaciones sociales, juntas de acción comunal, mingas, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. En establecimientos comerciales 1 <input type="checkbox"/> k. En escenarios deportivos, 1 <input type="checkbox"/> l. Otro 1 <input type="checkbox"/>	a. Al interior de su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. Al interior del hogar de otra 1 <input type="checkbox"/> c. En la calle o vía pública 1 <input type="checkbox"/> d. En el transporte público 1 <input type="checkbox"/> e. En entornos educativos 1 <input type="checkbox"/> f. En entornos laborales 1 <input type="checkbox"/> g. En centros de salud 1 <input type="checkbox"/> h. En instituciones del Estado 1 <input type="checkbox"/> i. En entornos comunitarios o participativos (iglesias, organizaciones sociales, juntas de acción comunal, mingas, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. En establecimientos comerciales 1 <input type="checkbox"/> k. En escenarios deportivos, 1 <input type="checkbox"/> l. Otro 1 <input type="checkbox"/>	a. Al interior de su hogar 1 <input type="checkbox"/> b. Al interior del hogar de otra 1 <input type="checkbox"/> c. En la calle o vía pública 1 <input type="checkbox"/> d. En el transporte público 1 <input type="checkbox"/> e. En entornos educativos 1 <input type="checkbox"/> f. En entornos laborales 1 <input type="checkbox"/> g. En centros de salud 1 <input type="checkbox"/> h. En instituciones del Estado 1 <input type="checkbox"/> i. En entornos comunitarios o participativos (iglesias, organizaciones sociales, juntas de acción comunal, mingas, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. En establecimientos comerciales 1 <input type="checkbox"/> k. En escenarios deportivos, 1 <input type="checkbox"/> l. Otro 1 <input type="checkbox"/>

En los últimos 12 meses, ¿usted ha sentido discriminación (trato diferente, rechazo, maltrato, etc.) por alguno de los siguientes motivos:			
		Si No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Si No <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
101	1. Género (por ser mujer o por ser hombre)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
102	2. Edad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
103	3. Discapacidad (tener dificultades para ver, oír, caminar o moverse, concentrarse o comunicarse)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
104	4. Estado de salud física o mental (tiene una enfermedad y otras afectaciones de salud)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
105	5. Origen étnico, color de piel o lenguaje (como el color de la piel, la vestimenta, la cultura, las tradiciones, el idioma nativo, así como <del>autorreconocerse como indígena o</del> )	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
107	7. Por su lugar de origen (otra región del país, nacionalidad, país de nacimiento, refugiados, solicitantes de asilo, estatus migratorio, inmigrantes indocumentados)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
108	8. condición socioeconómica (teniendo en cuenta sus ingresos, trabajo, nivel educativo, propiedad de la tierra, terreno o casa)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

109		9. lugar de residencia (vivir en zonas urbanas o rurales, establecidas de manera formal o informal) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	9. lugar de residencia (vivir en zonas urbanas o rurales, establecidas de manera formal o informal) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	9. lugar de residencia (vivir en zonas urbanas o rurales, establecidas de manera formal o informal) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
110		10. religión (como tener o no una religión o creencias religiosas o considerarse ateo) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	10. religión (como tener o no una religión o creencias religiosas o considerarse ateo) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	10. religión (como tener o no una religión o creencias religiosas o considerarse ateo) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
111		11. estado civil (ser soltera/o, casado(a), divorciado(a), viudo(a)) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	11. estado civil (ser soltera/o, casado(a), divorciado(a), viudo(a)) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	11. estado civil (ser soltera/o, casado(a), divorciado(a), viudo(a)) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
112		12. Orientación sexual o identidad de género diversa (sentirse atraído por una persona del mismo género (por ejemplo ser lesbiana, gay) o de ambos géneros bisexual), entre otros, o identificarse con un género diferente al sexo asignado al nacer) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	12. Orientación sexual o identidad de género diversa (sentirse atraído por una persona del mismo género (por ejemplo ser lesbiana, gay) o de ambos géneros bisexual), entre otros, o identificarse con un género diferente al sexo asignado al nacer) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	12. Orientación sexual o identidad de género diversa (sentirse atraído por una persona del mismo género (por ejemplo ser lesbiana, gay) o de ambos géneros bisexual), entre otros, o identificarse con un género diferente al sexo asignado al nacer) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
106	6. Rasgos físicos de su cuerpo (a parte del color de la piel, por ejemplo tener sobrepeso o bajo peso, tener un tatuaje, una cicatriz o una marca de nacimiento, o que su cuerpo no tenga el aspecto que se espera de las personas)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
113	13. Opinión política (expresar opiniones relacionadas con su ideología política, pertenencia a partidos o movimientos políticos o defender los derechos de los demás)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg 83 = 1 pase a pg 114 2. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 3. De lo contrario pase a pg 116</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg 83 = 1 pase a pg 114 2. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 3. De lo contrario pase a pg 116</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg 83 = 1 pase a pg 114 2. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 3. De lo contrario pase a pg 116</i>
114	14. Por ser víctima del conflicto armado	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 2. De lo contrario pase a pg 116</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 2. De lo contrario pase a pg 116</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>1. Si pg89 = 1, 2 o 3 pase pg 115 2. De lo contrario pase a pg 116</i>
115	15. Por ser firmante de paz	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
116	16. Por tener algún rol de liderazgo social	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones: 1.En desacuerdo 2.Ni acuerdo ni en desacuerdo 3.De acuerdo			
118	1.Si una persona es pobre, es porque no se ha esforzado lo suficiente.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
119	2.La inseguridad ha aumentado por culpa de las personas migrantes.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
120	3.Una persona con discapacidad no debería tener hij@s.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
121	4.En los colegios, los niños deberían poder usar falda y las niñas pantalón si así lo desean, sin restricciones.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
122	5.Las parejas del mismo sexo no deberían mostrar afecto frente a niños y niñas.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
123	6.Las mujeres negras, afrocolombianas, raizales o palenqueras no progresan porque prefieren vivir de <del>ayudas del Estado</del>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
124	7.Las personas indígenas deberían regresar a sus territorios de origen porque en Bogotá solo se dedican a la mendicidad y afectan la imagen de la ciudad.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
125	8. En algunos barrios o veredas es necesario el uso de armas para defenderse de la delincuencia.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
126	9. En algunas ocasiones, el castigo físico es necesario para corregir a niños y niñas.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

**Capítulo E. Participación**

		<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
127	¿Durante los últimos 24 meses ha participado en alguno de los siguientes espacios en Bogotá?: <i>Si en modulo B pg 25 = 2,4,5 o 6</i>	a. Consejo Consultivo de Mujeres 1 Pase 129 b. Comisión Intersectorial de Cuidado 1 Pase 129 c. Consejos Locales de Mujeres 1 Pase 129 d. Consejos Locales de Seguridad para las Mujeres 1 Pase 129 e. Comités Operativos Locales de Mujer y Género 1 Pase 129 f. Consejo Territorial de Planeación Distrital 1 Pase 129 g. No participo en ningun espacio 99	a. Consejo Consultivo de Mujeres 1 <input type="checkbox"/> b. Comisión Intersectorial de Cuidado 1 <input type="checkbox"/> c. Consejos Locales de Mujeres 1 <input type="checkbox"/> d. Consejos Locales de Seguridad para las Mujeres 1 <input type="checkbox"/> e. Comités Operativos Locales de Mujer y Género 1 <input type="checkbox"/> f. Consejo Territorial de Planeación Distrital 1 <input type="checkbox"/> g. No participo en ningun espacio 99 <input type="checkbox"/>	a. Consejo Consultivo de Mujeres 1 <input type="checkbox"/> b. Comisión Intersectorial de Cuidado 1 <input type="checkbox"/> c. Consejos Locales de Mujeres 1 <input type="checkbox"/> d. Consejos Locales de Seguridad para las Mujeres 1 <input type="checkbox"/> e. Comités Operativos Locales de Mujer y Género 1 <input type="checkbox"/> f. Consejo Territorial de Planeación Distrital 1 <input type="checkbox"/> g. No participo en ningun espacio 99 <input type="checkbox"/>
128	*para las personas que respondieron que no en la pregunta anterior ¿Cuál es la razón principal por la que no ha participado en ninguno de los espacios? <i>-Si en modulo B pg 25 = 2,4,5 o 6-</i>	No confía en estos 1 <input type="checkbox"/> Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/> j. Otra razón ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/> _____ Pase a pg 130	No confía en estos 1 <input type="checkbox"/> Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/> j. Otra razón ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/> _____ Pase a pg 130	No confía en estos 1 <input type="checkbox"/> Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que 2 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras 3 <input type="checkbox"/> Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/> Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/> No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/> No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/> j. Otra razón ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/> _____ Pase a pg 130
129	¿Cuál es la razón principal para participar en los espacios?	Beneficios para la comunidad 1 <input type="checkbox"/> Beneficios personales 2 <input type="checkbox"/> Por prestigio o reconocimiento social 3 <input type="checkbox"/> Interés en asuntos públicos y en la defensa de los derechos de las mujeres 4 <input type="checkbox"/> Experiencias previas de violencia o discriminación 5 <input type="checkbox"/> Vínculos con procesos sociales previos 6 <input type="checkbox"/> Por invitación o convocatoria directa 7 <input type="checkbox"/> Otra razón ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>	Beneficios para la comunidad 1 <input type="checkbox"/> Beneficios personales 2 <input type="checkbox"/> Por prestigio o reconocimiento social 3 <input type="checkbox"/> Interés en asuntos públicos y en la defensa de los derechos de las mujeres 4 <input type="checkbox"/> Experiencias previas de violencia o discriminación 5 <input type="checkbox"/> Vínculos con procesos sociales previos 6 <input type="checkbox"/> Por invitación o convocatoria directa 7 <input type="checkbox"/> Otra razón ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>	Beneficios para la comunidad 1 <input type="checkbox"/> Beneficios personales 2 <input type="checkbox"/> Por prestigio o reconocimiento social 3 <input type="checkbox"/> Interés en asuntos públicos y en la defensa de los derechos de las mujeres 4 <input type="checkbox"/> Experiencias previas de violencia o discriminación 5 <input type="checkbox"/> Vínculos con procesos sociales previos 6 <input type="checkbox"/> Por invitación o convocatoria directa 7 <input type="checkbox"/> Otra razón ¿cuál? 8 <input type="checkbox"/>

**Capítulo E. Participación**

		<i>Persona orden _____</i>	<i>Persona orden _____</i>	<i>Persona orden _____</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
130	<p>De las siguientes organizaciones, ¿a cuál(es) pertenece:</p> <p><b>*Para todas las personas</b></p>	<p>a. Organización religiosa, fe o grupo de oración? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Organización artística (música, danza, teatro, literatura, artes etc.)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Organización deportiva, social o de recreación? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Asociación de padres familia, exalumno(a)s? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Organización o movimiento feminista o de mujeres? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Cooperativa o asociación de productores(a)s o comerciantes? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Grupo o partido político? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Organización de propiedad horizontal? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rrom)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Organizaciones LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>ñ. Grupo de adultos mayores? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Asociación de acueducto veredal? (Solo para rural) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>p. Organización ambientalista, animalista, huertera, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>q. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 132</i></p>	<p>a. Organización religiosa, fe o grupo de oración? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Organización artística (música, danza, teatro, literatura, artes etc.)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Organización deportiva, social o de recreación? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Asociación de padres familia, exalumno(a)s? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Organización o movimiento feminista o de mujeres? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Cooperativa o asociación de productores(a)s o comerciantes? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Grupo o partido político? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Organización de propiedad horizontal? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rrom)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Organizaciones LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>ñ. Grupo de adultos mayores? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Asociación de acueducto veredal? (Solo para rural) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>p. Organización ambientalista, animalista, huertera, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>q. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 132</i></p>	<p>a. Organización religiosa, fe o grupo de oración? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Organización artística (música, danza, teatro, literatura, artes etc.)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Organización deportiva, social o de recreación? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Asociación de padres familia, exalumno(a)s? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Organización o movimiento feminista o de mujeres? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Cooperativa o asociación de productores(a)s o comerciantes? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Organización ambientalista, de atención en salud o de caridad? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Grupo o partido político? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Organización de propiedad horizontal? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Junta de acción comunal, cívica barrial o de seguridad y vigilancia? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Asociación profesional, cámara, gremio o sindicato? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Grupos urbanos (metaleros, skinheads, emos, entre otros)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. Organización étnica (autoridad indígena, grupo de negritudes, comunidades afrodescendientes, Rrom)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Organizaciones LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgeneristas e intersexuales)? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>ñ. Grupo de adultos mayores? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Asociación de acueducto veredal? (Solo para rural) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>p. Organización ambientalista, animalista, huertera, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>q. No pertenece a ninguna de las anteriores organizaciones 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 132</i></p>
131	<p><b>*para quienes marcaron al menos una de las opciones anteriores</b></p> <p>Durante los últimos 12 meses, ¿ha participado en reuniones o ha tenido contacto con dicha(s) organización(es)?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 134</i></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 134</i></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 134</i></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>

**Capítulo E. Participación**

		<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
132	<p><i>Si en la pregunta de pertenencia a organizaciones sociales respondió no pertenece a ninguna, preguntar:</i></p> <p>¿Cuál es la razón principal por la que no pertenece a alguna organización?</p>	<p>No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>No confía en estos espacios 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja, familia, amigas/os o red cercana no ve bien que participe 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe encargarse del cuidado de otras personas 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Por miedo al rechazo o estigmatización por su sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, grupo étnico o situación personal 4 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o no sabe quién los lidera 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de recursos económicos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o no le ve utilidad 7 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a estos espacios 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe / No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
134	<p>¿Votó en las elecciones para alcaldes, concejos municipales y juntas administradoras locales de 2023?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> Posee 136</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Posee 136</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> Posee 136</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Posee 136</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> Posee 136</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No recuerda 9 <input type="checkbox"/> Posee 136</p>

**Capítulo E. Participación**

		<i>Persona orden</i> _____	<i>Persona orden</i> _____	<i>Persona orden</i> _____
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
135	¿Por qué no votó en las elecciones para alcaldes, concejo y juntas administradoras locales de 2023?	a. No pudo votar por falta de documento o por no haberse inscrito 1 <input type="checkbox"/> b. No pudo votar por falta de información sobre el proceso 1 <input type="checkbox"/> c. No pudo votar por razones de salud o por discapacidad 1 <input type="checkbox"/> d. No pudo votar por falta de tiempo o por responsabilidades de cuidado 1 <input type="checkbox"/> e. No quiso votar por desinterés o desmotivación 1 <input type="checkbox"/> f. No confía en los partidos, candidatos o en el sistema electoral 1 <input type="checkbox"/> g. No pudo votar por razones legales (edad, ciudadanía, derechos políticos restringidos) 1 <input type="checkbox"/> h. No pudo votar por miedo o inseguridad 1 <input type="checkbox"/> i. No pudo votar porque estaba fuera del país 1 <input type="checkbox"/> j. No pudo votar por la falta de puestos cercanos 1 <input type="checkbox"/> k. Otra razón ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. No pudo votar por falta de documento o por no haberse inscrito 1 <input type="checkbox"/> b. No pudo votar por falta de información sobre el proceso 1 <input type="checkbox"/> c. No pudo votar por razones de salud o por discapacidad 1 <input type="checkbox"/> d. No pudo votar por falta de tiempo o por responsabilidades de cuidado 1 <input type="checkbox"/> e. No quiso votar por desinterés o desmotivación 1 <input type="checkbox"/> f. No confía en los partidos, candidatos o en el sistema electoral 1 <input type="checkbox"/> g. No pudo votar por razones legales (edad, ciudadanía, derechos políticos restringidos) 1 <input type="checkbox"/> h. No pudo votar por miedo o inseguridad 1 <input type="checkbox"/> i. No pudo votar porque estaba fuera del país 1 <input type="checkbox"/> j. No pudo votar por la falta de puestos cercanos 1 <input type="checkbox"/> k. Otra razón ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. No pudo votar por falta de documento o por no haberse inscrito 1 <input type="checkbox"/> b. No pudo votar por falta de información sobre el proceso 1 <input type="checkbox"/> c. No pudo votar por razones de salud o por discapacidad 1 <input type="checkbox"/> d. No pudo votar por falta de tiempo o por responsabilidades de cuidado 1 <input type="checkbox"/> e. No quiso votar por desinterés o desmotivación 1 <input type="checkbox"/> f. No confía en los partidos, candidatos o en el sistema electoral 1 <input type="checkbox"/> g. No pudo votar por razones legales (edad, ciudadanía, derechos políticos restringidos) 1 <input type="checkbox"/> h. No pudo votar por miedo o inseguridad 1 <input type="checkbox"/> i. No pudo votar porque estaba fuera del país 1 <input type="checkbox"/> j. No pudo votar por la falta de puestos cercanos 1 <input type="checkbox"/> k. Otra razón ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____
Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones: 1.Totalmente en desacuerdo 2.En desacuerdo 3.Ni acuerdo ni en desacuerdo 4.De acuerdo 5.Totalmente de acuerdo				
136	En general, los hombres son mejores líderes políticos que las mujeres	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
139	En los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia habla sobre temas políticos (por ejemplo, sobre decisiones del gobierno, participación ciudadana, derechos, problemáticas sociales) en su vida cotidiana, ya sea con familiares, amigos/os y/o vecinas/os?	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 141</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>
140	¿Cuál es la razón principal por la que no habla de política en su cotidianidad	No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> Siento que no tengo suficiente información para 2 <input type="checkbox"/> Me genera malestar o discusiones con otras 3 <input type="checkbox"/> Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> Otros motivos 7 <input type="checkbox"/> _____	No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> Siento que no tengo suficiente información para 2 <input type="checkbox"/> Me genera malestar o discusiones con otras 3 <input type="checkbox"/> Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> Otros motivos 7 <input type="checkbox"/> _____	No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> Siento que no tengo suficiente información para 2 <input type="checkbox"/> Me genera malestar o discusiones con otras 3 <input type="checkbox"/> Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> Otros motivos 7 <input type="checkbox"/> _____

**Capítulo E. Participación**

		<i>Persona orden _____</i>	<i>Persona orden _____</i>	<i>Persona orden _____</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
141	En los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia postea, comparte o comenta sobre temas políticos (por ejemplo, sobre decisiones del gobierno, participación ciudadana, derechos, problemáticas sociales) en redes sociales (facebook, twitter, whatsapp, instagram, tik tok, etc.)	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Nunca, aunque tengo redes sociales 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Nunca porque no tengo redes sociales 7 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Nunca, aunque tengo redes sociales 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Nunca porque no tengo redes sociales 7 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase a 142</i> Nunca, aunque tengo redes sociales 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i> Nunca porque no tengo redes sociales 7 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap F</i>
142	<i>*Si responde en la pregunta anterior a la e, preguntar:</i> ¿Cuál es la razón principal por la que no habla de política en su cotidianidad	a. No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> b. Siento que no tengo suficiente información para opinar 2 <input type="checkbox"/> c. Me genera malestar o discusiones con otras personas 3 <input type="checkbox"/> d. Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> e. Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> f. No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> g. Otros motivos 7 <input type="checkbox"/>	a. No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> b. Siento que no tengo suficiente información para opinar 2 <input type="checkbox"/> c. Me genera malestar o discusiones con otras personas 3 <input type="checkbox"/> d. Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> e. Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> f. No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> g. Otros motivos 7 <input type="checkbox"/>	a. No me interesa la política 1 <input type="checkbox"/> b. Siento que no tengo suficiente información para opinar 2 <input type="checkbox"/> c. Me genera malestar o discusiones con otras personas 3 <input type="checkbox"/> d. Creo que no sirve de nada hablar si nada cambia 4 <input type="checkbox"/> e. Temo represalias o conflictos 5 <input type="checkbox"/> f. No tengo tiempo o espacio para esos temas 6 <input type="checkbox"/> g. Otros motivos 7 <input type="checkbox"/>

Capítulo F. Educación con equidad

		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
144	¿Sabe leer y escribir?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
145	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted?	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1º a 5º) 3 <input type="checkbox"/> Bachillerato (sin título) 4 <input type="checkbox"/> Bachillerato (con título) 5 <input type="checkbox"/> Técnico (sin título) 6 <input type="checkbox"/> Técnico (con título) 7 <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológico (sin título) 8 <input type="checkbox"/> Tecnológico (con título) 9 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta (sin título) 10 <input type="checkbox"/> Universitaria completa (con título) 11 <input type="checkbox"/> Posgrado (sin título) 12 <input type="checkbox"/> Posgrado (con título) 13 <input type="checkbox"/>	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1º a 5º) 3 <input type="checkbox"/> Bachillerato (sin título) 4 <input type="checkbox"/> Bachillerato (con título) 5 <input type="checkbox"/> Técnico (sin título) 6 <input type="checkbox"/> Técnico (con título) 7 <input type="checkbox"/> Tecnológico (sin título) 8 <input type="checkbox"/> Tecnológico (con título) 9 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta (sin título) 10 <input type="checkbox"/> Universitaria completa (con título) 11 <input type="checkbox"/> Posgrado (sin título) 12 <input type="checkbox"/> Posgrado (con título) 13 <input type="checkbox"/>	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Básica primaria (1º a 5º) 3 <input type="checkbox"/> Bachillerato (sin título) 4 <input type="checkbox"/> Bachillerato (con título) 5 <input type="checkbox"/> Técnico (sin título) 6 <input type="checkbox"/> Técnico (con título) 7 <input type="checkbox"/> Tecnológico (sin título) 8 <input type="checkbox"/> Tecnológico (con título) 9 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta (sin título) 10 <input type="checkbox"/> Universitaria completa (con título) 11 <input type="checkbox"/> Posgrado (sin título) 12 <input type="checkbox"/> Posgrado (con título) 13 <input type="checkbox"/>
146	¿Actualmente se encuentra matriculada/o a alguna institución educativa como colegio, universidad, fundación universitaria? (Educación formal)	Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> <i>Pase 148</i> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 148</i> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 148</i> No 2 <input type="checkbox"/>
147	¿Cuál es la razón principal para que no esté matriculada/o?	Considera que no está en Considera que ya terminó su formación académica 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/> Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/> Por embarazo 5 <input type="checkbox"/> Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 6 <input type="checkbox"/> Falta de cupo No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Necesita trabajar No le gusta o no le 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Por enfermedad 11 <input type="checkbox"/> Necesita educación Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>	Considera que no está en Considera que ya terminó su formación académica 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/> Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/> Por embarazo 5 <input type="checkbox"/> Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo 6 <input type="checkbox"/> Falta de cupo No existe un centro educativo cercano o el establecimiento 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Necesita trabajar No le gusta o no le 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Por enfermedad 11 <input type="checkbox"/> Necesita educación Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>	Considera que no está Considera que ya terminó su formación académica 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Falta de dinero o costos educativos elevados 3 <input type="checkbox"/> Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños/as y de otras personas del hogar: adultos mayores, personas discapacitadas, etc.) 4 <input type="checkbox"/> Por embarazo 5 <input type="checkbox"/> Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo 6 <input type="checkbox"/> Falta de cupo No existe un centro educativo cercano o el establecimiento 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Necesita trabajar No le gusta o no le 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Por enfermedad 11 <input type="checkbox"/> Necesita educación Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/>
148	Durante los últimos 24 meses, ¿ha sentido la necesidad de mejorar sus conocimientos, habilidades y destrezas para ampliar sus posibilidades de conseguir empleo, ascender en su empleo o montar un negocio?	Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
149	Durante los últimos 24 meses, ¿asistió a algún curso de formación para el trabajo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> 1. si pg 146=1 o pg 145=6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 o 13 pase a pg 151 2. si pg 146=1 y pg52=1 pasar a pg 152 3. si pg 146=1 y pg52=2 pasar a pg 154 4. si pg 146=2 pasar a pg155 de lo contrario pase a 154	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> 1. si pg 146=1 o pg 145 =6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 o 13 pase a pg 151 2. si pg 146=1 y pg52=1 pasar a pg 152 3. si pg 146=1 y pg52=2 pasar a pg 154 4. si pg 146=2 pasar a pg155 de lo contrario pase a 154	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> 1. si pg 146=1 o pg 145 =6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 o 13 pase a pg 151 2. si pg 146=1 y pg52=1 pasar a pg 152 3. si pg 146=1 y pg52=2 pasar a pg 154 4. si pg 146=2 pasar a pg155 de lo contrario pase a 154

Capítulo F. Educación con equidad

		<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
151	<p><i>*para personas con educación técnica, tecnológica, universitaria o se encuentran estudiando actualmente</i></p> <p>Para acceder a los procesos educativos usted ha:</p>	<p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas del Estado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con programas diferenciales de acceso en razón de su pertenencia étnica, lugar de proveniencia, identidad de género. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas de empresas privadas o del tercer sector (ONG, Fundaciones. etc.) 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adquirió un crédito educativo o de libre inversión 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno de los anteriores 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas del Estado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con programas diferenciales de acceso en razón de su pertenencia étnica, lugar de proveniencia, identidad de género. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas de empresas privadas o del tercer sector (ONG, Fundaciones. etc.) 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adquirió un crédito educativo o de libre inversión 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno de los anteriores 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas del Estado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con programas diferenciales de acceso en razón de su pertenencia étnica, lugar de proveniencia, identidad de género. 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Contado con apoyos, subsidios o becas de programas de empresas privadas o del tercer sector (ONG, Fundaciones. etc.) 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Adquirió un crédito educativo o de libre inversión 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguno de los anteriores 5 <input type="checkbox"/></p>
152	<p><i>*sólo para personas con discapacidad y que se encuentra estudiando</i></p> <p>¿En la institución educativa los espacios cuentan con ajustes razonables?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
153	<p>¿Con cuáles ajustes razonables cuenta?</p>	<p>a. Rampas u otras ayudas para la movilidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Aulas o baños 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Material educativo adaptado (braille, lectura fácil, audio) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Apoyo para la comunicación (lengua de señas, pictogramas, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Flexibilidad en evaluaciones o metodologías 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Dispositivos tecnológicos adaptados a necesidades diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>a. Rampas u otras ayudas para la movilidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Aulas o baños 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Material educativo adaptado (braille, lectura fácil, audio) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Apoyo para la comunicación (lengua de señas, pictogramas, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Flexibilidad en evaluaciones o metodologías 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Dispositivos tecnológicos adaptados a necesidades diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>a. Rampas u otras ayudas para la movilidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Aulas o baños 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Material educativo adaptado (braille, lectura fácil, audio) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Apoyo para la comunicación (lengua de señas, pictogramas, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Flexibilidad en evaluaciones o metodologías 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Dispositivos tecnológicos adaptados a necesidades diferenciales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
154	<p><i>*para personas que se encuentran estudiando actualmente</i></p> <p>¿En qué áreas del conocimiento desarrolla sus estudios?</p>	<p>Agronomía, Veterinaria y afines 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Artes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Educación 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Salud 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias Sociales y Humanas 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Economía, Administración, Contaduría y afines 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Matemáticas y Ciencia Naturales 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>Agronomía, Veterinaria y afines 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Artes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Educación 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Salud 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias Sociales y Humanas 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Economía, Administración, Contaduría y afines 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Matemáticas y Ciencia Naturales 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>Agronomía, Veterinaria y afines 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Artes 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Educación 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias de la Salud 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ciencias Sociales y Humanas 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Economía, Administración, Contaduría y afines 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Matemáticas y Ciencia Naturales 8 <input type="checkbox"/></p>
155	<p>¿En cuál(es) de los siguientes aspectos considera que su formación educativa le ha generado mayores oportunidades o beneficios?</p>	<p>a. Acceso a empleo, mejora en los ingresos, y/o mayor autonomía económica 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Desarrollo personal 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Participación en espacios comunitarios o políticos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Comprensión y ejercicio de sus derechos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Alineación con sus sueños o proyecto de 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mayor independencia frente a relaciones de pareja o familiares 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Desarrollo de habilidades blandas (comunicación, gestión emocional, desenvolvimiento en 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>i. No ha mejorado mis oportunidades 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Acceso a empleo, mejora en los ingresos, y/o mayor autonomía económica 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Desarrollo personal 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Participación en espacios comunitarios o políticos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Comprensión y ejercicio de sus derechos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Alineación con sus sueños o proyecto de 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mayor independencia frente a relaciones de pareja o familiares 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Desarrollo de habilidades blandas (comunicación, gestión emocional, desenvolvimiento en 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>i. No ha mejorado mis oportunidades 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Acceso a empleo, mejora en los ingresos, y/o mayor autonomía económica 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Desarrollo personal 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Participación en espacios comunitarios o políticos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Comprensión y ejercicio de sus derechos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Alineación con sus sueños o proyecto de 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mayor independencia frente a relaciones de pareja o familiares 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Desarrollo de habilidades blandas (comunicación, gestión emocional, desenvolvimiento en 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>i. No ha mejorado mis oportunidades 1 <input type="checkbox"/></p>

Capítulo F. Educación con equidad

		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
157	¿Cuál es su lengua materna? (Es el primer idioma que una persona aprende y utiliza naturalmente desde la infancia, a menudo en el hogar y con la familia. Es el idioma con el que una persona piensa, se comunica con mayor fluidez y se identifica más profundamente)	Español 1 <input type="checkbox"/> Lengua indígena (¿cuál?) 2 <input type="checkbox"/> _____ 3 <input type="checkbox"/> Palenquera 4 <input type="checkbox"/> Lengua de señas 5 <input type="checkbox"/> Inglés 6 <input type="checkbox"/> Francés 7 <input type="checkbox"/> Portugués 8 <input type="checkbox"/> Otra (¿cuál?) 99 <input type="checkbox"/>	Español 1 <input type="checkbox"/> Lengua indígena (¿cuál?) 2 <input type="checkbox"/> _____ 3 <input type="checkbox"/> Palenquera 4 <input type="checkbox"/> Lengua de señas 5 <input type="checkbox"/> Inglés 6 <input type="checkbox"/> Francés 7 <input type="checkbox"/> Portugués 8 <input type="checkbox"/> Otra (¿cuál?) 99 <input type="checkbox"/>	Español 1 <input type="checkbox"/> Lengua indígena (¿cuál?) 2 <input type="checkbox"/> _____ 3 <input type="checkbox"/> Palenquera 4 <input type="checkbox"/> Lengua de señas 5 <input type="checkbox"/> Inglés 6 <input type="checkbox"/> Francés 7 <input type="checkbox"/> Portugués 8 <input type="checkbox"/> Otra (¿cuál?) 99 <input type="checkbox"/>
158	¿Usted se comunica con fluidez en algún otro idioma además de su lengua materna?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 160</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 160</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 160</i>
159	<b>*Si seleccionó que sí tiene conocimientos en una segunda lengua:</b> Seleccione ¿Cuál o cuáles otras lenguas habla?	a. Español 1 <input type="checkbox"/> b. Lengua indígena (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ c. Créole 1 <input type="checkbox"/> d. Palenquera 1 <input type="checkbox"/> e. Lengua de señas 1 <input type="checkbox"/> f. Inglés 1 <input type="checkbox"/> g. Francés 1 <input type="checkbox"/> h. Portugués 1 <input type="checkbox"/> i. Otra (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>si pg 146=1 pase a pg 160 en otros casos pasar a cap G</i>	a. Español 1 <input type="checkbox"/> b. Lengua indígena (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ c. Créole 1 <input type="checkbox"/> d. Palenquera 1 <input type="checkbox"/> e. Lengua de señas 1 <input type="checkbox"/> f. Inglés 1 <input type="checkbox"/> g. Francés 1 <input type="checkbox"/> h. Portugués 1 <input type="checkbox"/> i. Otra (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>si pg 146=1 pase a pg 160 en otros casos pasar a cap G</i>	a. Español 1 <input type="checkbox"/> b. Lengua indígena (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ c. Créole 1 <input type="checkbox"/> d. Palenquera 1 <input type="checkbox"/> e. Lengua de señas 1 <input type="checkbox"/> f. Inglés 1 <input type="checkbox"/> g. Francés 1 <input type="checkbox"/> h. Portugués 1 <input type="checkbox"/> i. Otra (¿cuál?) 1 <input type="checkbox"/> _____ <i>si pg 146=1 pase a pg 160 en otros casos pasar a cap G</i>
160	<b>*para personas que se encuentran estudiando</b> En su experiencia educativa, ¿con qué frecuencia ha vivido situaciones en las que se reprodujeron estereotipos de género, se restringió el acceso a ciertos espacios o se dio trato desigual por razones de género? (por ejemplo: que hicieran chistes o comentarios sexistas, que dijeran que ciertas materias o profesiones son 'para hombres' o 'para mujeres', entre otros)	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i> Nunca 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i> Nunca 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i>	Casi todos los días 1 <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana 2 <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes 3 <input type="checkbox"/> Algunas veces al año 4 <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año 5 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i> Nunca 6 <input type="checkbox"/> <i>Pase cap G</i>
161	<b>*para quienes contesten 1, 2, 3 o 4 en la pregunta anterior</b> ¿La institución educativa brindó acompañamiento cuando hubo situaciones de violencia o discriminación por razones de género?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No lo reportó a la institución 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No lo reportó a la institución 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No lo reportó a la institución 3 <input type="checkbox"/>

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad				
		Persona orden _____	Persona orden _____	Persona orden _____
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
162	En un día típico, ¿cuánto tiempo dedica usted a actividades de cuidado y labores del hogar no remuneradas? (Incluya actividades como cocinar, limpiar, lavar, acompañar a citas médicas, ayudar con tareas escolares, cuidado de personas, realizar compras o hacer reparaciones para el hogar, cuidar animales de compañía, entre otras)	Menos de 1 hora 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas 3 <input type="checkbox"/> 6 horas o más 4 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas 3 <input type="checkbox"/> 6 horas o más 4 <input type="checkbox"/>	Menos de 1 hora 1 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 2 horas 2 <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 horas 3 <input type="checkbox"/> 6 horas o más 4 <input type="checkbox"/>
163	¿Alguna vez ha renunciado a algún trabajo para cuidar a alguna persona de su hogar o para dedicarse a los oficios del hogar?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha trabajado 3 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha trabajado 3 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Nunca ha trabajado 3 <input type="checkbox"/>
164	¿En qué actividad ocupó usted la mayor parte del tiempo la SEMANA PASADA?	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Posee 167 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Posee 165 Estudiando 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Realizó actividades del hogar o de cuidado sin que le pagaran 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Está incapacitad@ de manera permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Posee 186 Otra actividad 6 <input type="checkbox"/> Posee 186	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Posee 167 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Posee 165 Estudiando 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Realizó actividades del hogar o de cuidado sin que le pagaran 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Está incapacitad@ de manera permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Posee 186 Otra actividad 6 <input type="checkbox"/> Posee 186	Trabajando 1 <input type="checkbox"/> Posee 167 Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/> Posee 165 Estudiando 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Realizó actividades del hogar o de cuidado sin que le pagaran 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Está incapacitad@ de manera permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/> Posee 186 Otra actividad 6 <input type="checkbox"/> Posee 186
165	¿Cuál de las siguientes situaciones considera que ha sido la principal barrera para conseguir empleo?	Falta de experiencia laboral o formación insuficiente 1 <input type="checkbox"/> Posee 186 Falta de redes, contactos o acceso a información 2 <input type="checkbox"/> Posee 186 Cuidado de personas o del hogar 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Limitaciones económicas o de transporte 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Discriminación 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál?: 6 <input type="checkbox"/> Posee 186 No ha tenido barreras importantes 7 <input type="checkbox"/> Posee 186	Falta de experiencia laboral o formación insuficiente 1 <input type="checkbox"/> Posee 186 Falta de redes, contactos o acceso a información 2 <input type="checkbox"/> Posee 186 Cuidado de personas o del hogar 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Limitaciones económicas o de transporte 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Discriminación 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál?: 6 <input type="checkbox"/> Posee 186 No ha tenido barreras importantes 8 <input type="checkbox"/> Posee 186	Falta de experiencia laboral o formación insuficiente 1 <input type="checkbox"/> Posee 186 Falta de redes, contactos o acceso a información 2 <input type="checkbox"/> Posee 186 Cuidado de personas o del hogar 3 <input type="checkbox"/> Posee 186 Limitaciones económicas o de transporte 4 <input type="checkbox"/> Posee 186 Discriminación 5 <input type="checkbox"/> Otra razón, ¿Cuál?: 7 <input type="checkbox"/> Posee 186 No ha tenido barreras importantes 8 <input type="checkbox"/> Posee 186
166	* Si responde 5, discriminación, en la pregunta anterior indagar por: ¿Cuál considera que es la razón de la discriminación?	Edad 1 <input type="checkbox"/> Género u orientación sexual 1 <input type="checkbox"/> Discapacidad / Estado de salud 1 <input type="checkbox"/> Origen étnico, color de piel o lenguaje 1 <input type="checkbox"/> Razgos físicos de su cuerpo 1 <input type="checkbox"/> P Nacionalidad 1 <input type="checkbox"/> a Condición socioeconómica / Lugar de residencia 1 <input type="checkbox"/> s Religión u opinión política 1 <input type="checkbox"/> e Condición familiar (estado civil o tener o no hijas o hijos) o embarazo 1 <input type="checkbox"/> 1 Ser víctima del conflicto armado, firmante de paz o ser líder/liderez social 1 <input type="checkbox"/> 8 Otra 1 <input type="checkbox"/> 6	Edad 1 <input type="checkbox"/> Género u orientación sexual 1 <input type="checkbox"/> Discapacidad / Estado de salud 1 <input type="checkbox"/> Origen étnico, color de piel o lenguaje 1 <input type="checkbox"/> Razgos físicos de su cuerpo 1 <input type="checkbox"/> P Nacionalidad 1 <input type="checkbox"/> a Condición socioeconómica / Lugar de residencia 1 <input type="checkbox"/> s Religión u opinión política 1 <input type="checkbox"/> e Condición familiar (estado civil o tener o no hijas o hijos) o embarazo 1 <input type="checkbox"/> 1 Ser víctima del conflicto armado, firmante de paz o ser líder/liderez social 1 <input type="checkbox"/> 8 Otra 1 <input type="checkbox"/> 6	Edad 1 <input type="checkbox"/> Género u orientación sexual 1 <input type="checkbox"/> Discapacidad / Estado de salud 1 <input type="checkbox"/> Origen étnico, color de piel o lenguaje 1 <input type="checkbox"/> Razgos físicos de su cuerpo 1 <input type="checkbox"/> P Nacionalidad 1 <input type="checkbox"/> a Condición socioeconómica / Lugar de residencia 1 <input type="checkbox"/> s Religión u opinión política 1 <input type="checkbox"/> e Condición familiar (estado civil o tener o no hijas o hijos) o embarazo 1 <input type="checkbox"/> 1 Ser víctima del conflicto armado, firmante de paz o ser líder/liderez social 1 <input type="checkbox"/> 8 Otra 1 <input type="checkbox"/> 6
167	¿Qué tan satisfecho(a) se siente usted con su trabajo actual?	Muy insatisfecho(a) 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho(a) 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Satisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Posee 169 Muy satisfecho(a) 5 <input type="checkbox"/> Posee 169	Muy insatisfecho(a) 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho(a) 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Posee 169 Satisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Posee 169 Muy satisfecho(a) 5 <input type="checkbox"/> Posee 169	Muy insatisfecho(a) 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho(a) 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho(a) ni insatisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Posee 169 Satisfecho(a) 4 <input type="checkbox"/> Posee 169 Muy satisfecho(a) 5 <input type="checkbox"/> Posee 169

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad				
		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
168	¿Por qué razones no se siente satisfecho(a) con su trabajo actual?	a. Bajos ingresos o inestabilidad en los pagos 1 <input type="checkbox"/> b. Sobrecarga de trabajo 1 <input type="checkbox"/> c. Malos tratos o falta de reconocimiento 1 <input type="checkbox"/> d. Falta de estabilidad laboral 1 <input type="checkbox"/> e. Horarios incompatibles con otras actividades 1 <input type="checkbox"/> f. No me permite ejercer mi profesión u oficio, o no corresponde con mis competencias laborales 1 <input type="checkbox"/> g. Exposición constante a riesgos o malas condiciones físicas del lugar de trabajo 1 <input type="checkbox"/> h. El tiempo de desplazamiento hacia el trabajo es muy largo 1 <input type="checkbox"/> i. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Bajos ingresos o inestabilidad en los pagos 1 <input type="checkbox"/> b. Sobrecarga de trabajo 1 <input type="checkbox"/> c. Malos tratos o falta de reconocimiento 1 <input type="checkbox"/> d. Falta de estabilidad laboral 1 <input type="checkbox"/> e. Horarios incompatibles con otras actividades 1 <input type="checkbox"/> f. No me permite ejercer mi profesión u oficio, o no corresponde con mis competencias laborales 1 <input type="checkbox"/> g. Exposición constante a riesgos o malas condiciones físicas del lugar de trabajo 1 <input type="checkbox"/> h. El tiempo de desplazamiento hacia el trabajo es muy largo 1 <input type="checkbox"/> i. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>	a. Bajos ingresos o inestabilidad en los pagos 1 <input type="checkbox"/> b. Sobrecarga de trabajo 1 <input type="checkbox"/> c. Malos tratos o falta de reconocimiento 1 <input type="checkbox"/> d. Falta de estabilidad laboral 1 <input type="checkbox"/> e. Horarios incompatibles con otras actividades 1 <input type="checkbox"/> f. No me permite ejercer mi profesión u oficio, o no corresponde con mis competencias laborales 1 <input type="checkbox"/> g. Exposición constante a riesgos o malas condiciones físicas del lugar de trabajo 1 <input type="checkbox"/> h. El tiempo de desplazamiento hacia el trabajo es muy largo 1 <input type="checkbox"/> i. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/>
169	De acuerdo con el trabajo que realiza, ¿usted considera que sus ingresos:	¿Son mucho menos de lo que deberían ser? 1 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco menos de lo que deberían ser? 2 <input type="checkbox"/> ¿Son lo que deberían ser? 3 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco más de lo que deberían ser? 4 <input type="checkbox"/> ¿Son mucho más de lo que deberían ser? 5 <input type="checkbox"/>	¿Son mucho menos de lo que deberían ser? 1 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco menos de lo que deberían ser? 2 <input type="checkbox"/> ¿Son lo que deberían ser? 3 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco más de lo que deberían ser? 4 <input type="checkbox"/> ¿Son mucho más de lo que deberían ser? 5 <input type="checkbox"/>	¿Son mucho menos de lo que deberían ser? 1 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco menos de lo que deberían ser? 2 <input type="checkbox"/> ¿Son lo que deberían ser? 3 <input type="checkbox"/> ¿Son un poco más de lo que deberían ser? 4 <input type="checkbox"/> ¿Son mucho más de lo que deberían ser? 5 <input type="checkbox"/>
170	¿Trabaja en algo acorde con lo que estudió?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
171	Su contrato es:	Escrito 1 <input type="checkbox"/> <small>Pase 173</small> Verbal 2 <input type="checkbox"/> No tiene contrato 3 <input type="checkbox"/>	Escrito 1 <input type="checkbox"/> <small>Pase 173</small> Verbal 2 <input type="checkbox"/> No tiene contrato 3 <input type="checkbox"/>	Escrito 1 <input type="checkbox"/> <small>Pase 173</small> Verbal 2 <input type="checkbox"/> No tiene contrato 3 <input type="checkbox"/>
172	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la actividad que usted realiza en ese trabajo?	Venta ambulante (en la calle, sin establecimiento fijo) 1 <input type="checkbox"/> Venta informal en puesto o local improvisado 2 <input type="checkbox"/> Trabajo en hogares sin contrato formal (e.j: aseo, cocina, cuidado...) 3 <input type="checkbox"/> Servicios personales por encargo (manicure, peluquería, mecánica, oficios varios) 4 <input type="checkbox"/> Transporte informal (mototaxi, transporte puerta a puerta, etc.) 5 <input type="checkbox"/> Producción o reparación en casa (comidas, costura, artesanía, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Reciclador(a) de oficio 7 <input type="checkbox"/> Trabajo en agricultura 8 <input type="checkbox"/> Emprendimiento/Negocio formal 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 10 <input type="checkbox"/>	Venta ambulante (en la calle, sin establecimiento fijo) 1 <input type="checkbox"/> Venta informal en puesto o local improvisado 2 <input type="checkbox"/> Trabajo en hogares sin contrato formal (e.j: aseo, cocina, cuidado...) 3 <input type="checkbox"/> Servicios personales por encargo (manicure, peluquería, mecánica, oficios varios) 4 <input type="checkbox"/> Transporte informal (mototaxi, transporte puerta a puerta, etc.) 5 <input type="checkbox"/> Producción o reparación en casa (comidas, costura, artesanía, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Reciclador(a) de oficio 7 <input type="checkbox"/> Trabajo en agricultura 8 <input type="checkbox"/> Emprendimiento/Negocio formal 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 10 <input type="checkbox"/>	Venta ambulante (en la calle, sin establecimiento fijo) 1 <input type="checkbox"/> Venta informal en puesto o local improvisado 2 <input type="checkbox"/> Trabajo en hogares sin contrato formal (e.j: aseo, cocina, cuidado...) 3 <input type="checkbox"/> Servicios personales por encargo (manicure, peluquería, mecánica, oficios varios) 4 <input type="checkbox"/> Transporte informal (mototaxi, transporte puerta a puerta, etc.) 5 <input type="checkbox"/> Producción o reparación en casa (comidas, costura, artesanía, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Reciclador(a) de oficio 7 <input type="checkbox"/> Trabajo en agricultura 8 <input type="checkbox"/> Emprendimiento/Negocio formal 9 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 10 <input type="checkbox"/>
173	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente en su trabajo actual?	Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> Si pg 171 = 1 pase a pg 174 Si pg 171 = 2 pase a pg 178 Si pg 171 = 3 pase a pg 186	Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> Si pg 171 = 1 pase a pg 174 Si pg 171 = 2 pase a pg 178 Si pg 171 = 3 pase a pg 186	Horas: <input type="text"/> <input type="text"/> Si pg 171 = 1 pase a pg 174 Si pg 171 = 2 pase a pg 178 Si pg 171 = 3 pase a pg 186

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad				
		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
174	¿Qué tipo de contrato o vínculo laboral tiene actualmente en esa ocupación principal?	Prestación de servicios 1 <input type="checkbox"/> Obra Labor 2 <input type="checkbox"/> Término fijo 3 <input type="checkbox"/> Término indefinido 4 <input type="checkbox"/> Contrato de aprendizaje 5 <input type="checkbox"/> Contrato ocasional 6 <input type="checkbox"/>	Prestación de servicios 1 <input type="checkbox"/> Obra Labor 2 <input type="checkbox"/> Término fijo 3 <input type="checkbox"/> Término indefinido 4 <input type="checkbox"/> Contrato de aprendizaje 5 <input type="checkbox"/> Contrato ocasional 6 <input type="checkbox"/>	Prestación de servicios 1 <input type="checkbox"/> Obra Labor 2 <input type="checkbox"/> Término fijo 3 <input type="checkbox"/> Término indefinido 4 <input type="checkbox"/> Contrato de aprendizaje 5 <input type="checkbox"/> Contrato ocasional 6 <input type="checkbox"/>
175	¿El mes pasado recibí ingresos por concepto de horas extras?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe / No informa 3 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe / No informa 3 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe / No informa 3 <input type="checkbox"/>
176	¿En este trabajo ha tenido (o tuvo) ascensos?	Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 178</i> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 178</i> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 178</i> No 2 <input type="checkbox"/>
177	¿Por qué razón principal no ha tenido (o tuvo) un ascenso?	No ha habido oportunidades en la empresa 1 <input type="checkbox"/> No cuenta con los estudios necesarios para acceder al ascenso 2 <input type="checkbox"/> Discriminación por su edad, género, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnico-racial, o nacionalidad. Otra razón, ¿Cuál?: 3 <input type="checkbox"/> _____ 4 <input type="checkbox"/> No me interesa ascender 5 <input type="checkbox"/> No estoy segura/o 6 <input type="checkbox"/>	No ha habido oportunidades en la empresa 1 <input type="checkbox"/> No cuenta con los estudios necesarios para acceder al ascenso 2 <input type="checkbox"/> Discriminación por su edad, género, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnico-racial, o nacionalidad. Otra razón, ¿Cuál?: 3 <input type="checkbox"/> _____ 4 <input type="checkbox"/> No me interesa ascender 5 <input type="checkbox"/> No estoy segura/o 6 <input type="checkbox"/>	No ha habido oportunidades en la empresa 1 <input type="checkbox"/> No cuenta con los estudios necesarios para acceder al ascenso 2 <input type="checkbox"/> Discriminación por su edad, género, orientación sexual, discapacidad, pertenencia étnico-racial, o nacionalidad. Otra razón, ¿Cuál?: 3 <input type="checkbox"/> _____ 4 <input type="checkbox"/> No me interesa ascender 5 <input type="checkbox"/> No estoy segura/o 6 <input type="checkbox"/>
178	Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 1. Ha recibido reiteradas expresiones humillantes o discriminatorias por parte de un(a) superior(a), compañero(a) de trabajo, subordinado(a)?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>
179	<i>*Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171)</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 2. Ha recibido reiteradas amenazas de despido injustificado frente a compañero(a)(s) de trabajo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>
180	<i>*Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171)</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 3. Ha padecido reiteradas exposiciones públicas de hechos que pertenecen a su intimidad en espacios laborales? <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si capítulo b pg 25 = 2 o 4 pase a 181 de lo contrario 186	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si capítulo b pg 25 = 2 o 4 pase a 181 de lo contrario 186	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si capítulo b pg 25 = 2 o 4 pase a 181 de lo contrario 186
181	<i>*sólo para quienes marcaron mujeres y mujeres trans en la pregunta de género y *Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171) y p25=4</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 1. Ha recibido comentarios verbales de tipo sexual que le resultarían incómodos o molestos por parte de jefes(as), compañeros(as), subalternos(as) o clientes? <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>
182	<i>*sólo para quienes marcaron mujeres y mujeres trans en la pregunta de género y *Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171) y p25=4</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 2. Se ha sentido tocada o manoseada por jefes(as), compañeros(as), subalternos(as) o clientes? <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No aplica 99 <input type="checkbox"/>

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad											
		Persona orden		Persona orden		Persona orden					
Nombre		_____		_____		_____					
Apellidos		_____		_____		_____					
		_____		_____		_____					
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta		Opciones de respuesta		Opciones de respuesta					
183	<i>*sólo para quienes marcaron mujeres y mujeres trans en la pregunta de género y **Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171) y p25=4</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 3. Ha recibido invitaciones incómodas o molestas por parte de jefes(as), compañeros(as), subalternos(as) o clientes? <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>				
184	<i>*sólo para quienes marcaron mujeres y mujeres trans en la pregunta de género y **Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171) y p25=4</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 4. Ha recibido mensajes, fotos o videos de tipo sexual que le resultarían incómodos o molestos por parte de jefes(as), compañeros(as), subalternos(as) o clientes? <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>				
185	<i>*sólo para quienes marcaron mujeres y mujeres trans en la pregunta de género y **Si responde que tiene contrato escrito o verbal (p171) y p25=4</i> Durante los últimos 12 meses, ¿en su trabajo: 5. Le han ofrecido ascensos, aumentos o cargos mayores a cambio de actos sexuales o invitaciones a salir <i>*Solo mujeres</i>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No aplica 99 <input type="checkbox"/>				
186	Actualmente, ¿Cuáles de las siguientes son sus fuentes de ingreso?	a. Trabajo o empleo 1 <input type="checkbox"/>	b. Negocio por el que recibe ingresos 1 <input type="checkbox"/>	c. Inversiones 1 <input type="checkbox"/>	d. Renta por bienes muebles o inmuebles 1 <input type="checkbox"/>	e. Recibe ingresos de jubilación o pensión 1 <input type="checkbox"/>	f. Remesas o apoyo económico de miembros de su familia (padres, hijos, hermanos) 1 <input type="checkbox"/>	g. No recibo ingresos 1 <input type="checkbox"/>			
187	Considerando los ingresos de todos los miembros de su hogar ¿Diría usted que los ingresos de su hogar alcanzan para cubrir los gastos básicos? (vivienda, servicios públicos, alimentación, salud, educación y otros gastos esenciales)	Sí, alcanzan bien, además me permiten ahorrar y darme gustos 1 <input type="checkbox"/>	Sí, apenas alcanzan para cubrir los gastos básicos 2 <input type="checkbox"/>	No alcanzan y deben hacer recortes o endeudarse 3 <input type="checkbox"/>	No tienen ingresos regulares 4 <input type="checkbox"/>	No sabe 5 <input type="checkbox"/>	Sí, alcanzan bien, además me permiten ahorrar y darme gustos 1 <input type="checkbox"/>	Sí, apenas alcanzan para cubrir los gastos básicos 2 <input type="checkbox"/>	No alcanzan y deben hacer recortes o endeudarse 3 <input type="checkbox"/>	No tienen ingresos regulares 4 <input type="checkbox"/>	No sabe 5 <input type="checkbox"/>
188	¿Usted tiene un negocio propio, actividad económica o emprendimiento? <i>(Incluya ventas, oficios, servicios, producción o actividades independientes, aunque no haya tenido ingresos esa semana sean actividades regulares y proyectadas como una fuente estable de ingresos a futuro. (No incluya servicios ocasionales)</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Posee 195</i>		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Posee 195</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> <i>Posee 195</i>			

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad				
		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
189	¿Por qué decidió iniciar su negocio o emprendimiento?	a. Necesitaba una fuente de ingresos 1 <input type="checkbox"/> b. Quería aumentar los ingresos del hogar 1 <input type="checkbox"/> c. Deseaba independencia laboral 1 <input type="checkbox"/> d. Necesitaba conciliar el cuidado del hogar con la generación de ingresos 1 <input type="checkbox"/> e. No encontraba empleo formal 1 <input type="checkbox"/> f. Aproveché mis habilidades/conocimientos/oportunidades 1 <input type="checkbox"/> g. Por tradición familiar 1 <input type="checkbox"/> h. Otra, ¿Cuál?: _____ 99 <input type="checkbox"/>	a. Necesitaba una fuente de ingresos 1 <input type="checkbox"/> b. Quería aumentar los ingresos del hogar 1 <input type="checkbox"/> c. Deseaba independencia laboral 1 <input type="checkbox"/> d. Necesitaba conciliar el cuidado del hogar con la generación de ingresos 1 <input type="checkbox"/> e. No encontraba empleo formal 1 <input type="checkbox"/> f. Aproveché mis habilidades/conocimientos/oportunidades 1 <input type="checkbox"/> g. Por tradición familiar 1 <input type="checkbox"/> h. Otra, ¿Cuál?: _____ 99 <input type="checkbox"/>	a. Necesitaba una fuente de ingresos 1 <input type="checkbox"/> b. Quería aumentar los ingresos del hogar 1 <input type="checkbox"/> c. Deseaba independencia laboral 1 <input type="checkbox"/> d. Necesitaba conciliar el cuidado del hogar con la generación de ingresos 1 <input type="checkbox"/> e. No encontraba empleo formal 1 <input type="checkbox"/> f. Aproveché mis habilidades/conocimientos/oportunidades 1 <input type="checkbox"/> g. Por tradición familiar 1 <input type="checkbox"/> h. Otra, ¿Cuál?: _____ 99 <input type="checkbox"/>
190	¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta actualmente su emprendimiento / negocio? <i>[El texto del paréntesis es un apoyo para el encuestador/a]</i>	a. Poca demanda o problemas de comercialización (se venden pocos productos o servicios o es difícil encontrar dónde venderlos) 1 <input type="checkbox"/> b. Altos costos de insumos (los materiales o productos que necesita para trabajar son muy costosos) 1 <input type="checkbox"/> c. Falta de personal (no hay suficientes personas para ayudar en el trabajo) 1 <input type="checkbox"/> d. Competencia informal (otras personas venden lo mismo sin cumplir con requisitos legales y a menor precio) 1 <input type="checkbox"/> e. Falta de redes de proveedores, clientes o distribución (no tiene contactos para conseguir materiales, vender productos) 1 <input type="checkbox"/> f. Falta de recursos económicos, crédito o subsidios (no tiene dinero suficiente ni acceso a préstamos o ayudas económicas) 1 <input type="checkbox"/> g. Falta de estrategias de publicidad (no sabe o no ha podido dar a conocer su negocio o productos) 1 <input type="checkbox"/> h. Trámites administrativos o contables (DIAN, Cámara de Comercio, trámites bancarios, facturación, etc.) (dificultades para hacer papeleos, registros o reportes de impuestos) 1 <input type="checkbox"/> i. Falta de habilidades para el manejo financiero (no sabe cómo organizar, administrar o controlar el dinero del negocio) 1 <input type="checkbox"/> j. En el momento no tengo dificultades (no ha enfrentado problemas en su negocio) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra, ¿Cuál?: _____ (especifique si el problema es diferente a los anteriores) 1 <input type="checkbox"/>	a. Poca demanda o problemas de comercialización (se venden pocos productos o servicios o es difícil encontrar dónde venderlos) 1 <input type="checkbox"/> b. Altos costos de insumos (los materiales o productos que necesita para trabajar son muy costosos) 1 <input type="checkbox"/> c. Falta de personal (no hay suficientes personas para ayudar en el trabajo) 1 <input type="checkbox"/> d. Competencia informal (otras personas venden lo mismo sin cumplir con requisitos legales y a menor precio) 1 <input type="checkbox"/> e. Falta de redes de proveedores, clientes o distribución (no tiene contactos para conseguir materiales, vender productos) 1 <input type="checkbox"/> f. Falta de recursos económicos, crédito o subsidios (no tiene dinero suficiente ni acceso a préstamos o ayudas económicas) 1 <input type="checkbox"/> g. Falta de estrategias de publicidad (no sabe o no ha podido dar a conocer su negocio o productos) 1 <input type="checkbox"/> h. Trámites administrativos o contables (DIAN, Cámara de Comercio, trámites bancarios, facturación, etc.) (dificultades para hacer papeleos, registros o reportes de impuestos) 1 <input type="checkbox"/> i. Falta de habilidades para el manejo financiero (no sabe cómo organizar, administrar o controlar el dinero del negocio) 1 <input type="checkbox"/> j. En el momento no tengo dificultades (no ha enfrentado problemas en su negocio) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra, ¿Cuál?: _____ (especifique si el problema es diferente a los anteriores) 1 <input type="checkbox"/>	a. Poca demanda o problemas de comercialización (se venden pocos productos o servicios o es difícil encontrar dónde venderlos) 1 <input type="checkbox"/> b. Altos costos de insumos (los materiales o productos que necesita para trabajar son muy costosos) 1 <input type="checkbox"/> c. Falta de personal (no hay suficientes personas para ayudar en el trabajo) 1 <input type="checkbox"/> d. Competencia informal (otras personas venden lo mismo sin cumplir con requisitos legales y a menor precio) 1 <input type="checkbox"/> e. Falta de redes de proveedores, clientes o distribución (no tiene contactos para conseguir materiales, vender productos o hacer) 1 <input type="checkbox"/> f. Falta de recursos económicos, crédito o subsidios (no tiene dinero suficiente ni acceso a préstamos o ayudas económicas) 1 <input type="checkbox"/> g. Falta de estrategias de publicidad (no sabe o no ha podido dar a conocer su negocio o productos) 1 <input type="checkbox"/> h. Trámites administrativos o contables (DIAN, Cámara de Comercio, trámites bancarios, facturación, etc.) (dificultades para hacer papeleos, registros o reportes de impuestos) 1 <input type="checkbox"/> i. Falta de habilidades para el manejo financiero (no sabe cómo organizar, administrar o controlar el dinero del negocio) 1 <input type="checkbox"/> j. En el momento no tengo dificultades (no ha enfrentado problemas en su negocio) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra, ¿Cuál?: _____ (especifique si el problema es diferente a los anteriores) 1 <input type="checkbox"/>
191	¿Usted es la persona propietaria del negocio o emprendimiento?	Sí, única propietaria 1 <input type="checkbox"/> Sí, copropietaria 2 <input type="checkbox"/> No, pero lo administro 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i> No 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i>	Sí, única propietaria 1 <input type="checkbox"/> Sí, copropietaria 2 <input type="checkbox"/> No, pero lo administro 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i> No 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i>	Sí, única propietaria 1 <input type="checkbox"/> Sí, copropietaria 2 <input type="checkbox"/> No, pero lo administro 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i> No 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 195</i>

**Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad**

Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad				
		<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>	<i>Opciones de respuesta</i>
192	¿Hace cuánto tiempo comenzó su negocio o emprendimiento?	Menos de 6 meses      1 <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y 1 año      2 <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años      3 <input type="checkbox"/> Más de 3 años      4 <input type="checkbox"/>	1. Menos de 6 meses      1 <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses y 1 año      2 <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 y 3 años      3 <input type="checkbox"/> 4. Más de 3 años      4 <input type="checkbox"/>	1. Menos de 6 meses      1 <input type="checkbox"/> 2. Entre 6 meses y 1 año      2 <input type="checkbox"/> 3. Entre 1 y 3 años      3 <input type="checkbox"/> 4. Más de 3 años      4 <input type="checkbox"/>
193	¿Su emprendimiento está formalmente registrado ante alguna entidad?	Sí      1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> No sabe / Prefiere no responder      98 <input type="checkbox"/>	Sí      1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> No sabe / Prefiere no responder      98 <input type="checkbox"/>	Sí      1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> No sabe / Prefiere no responder      98 <input type="checkbox"/>

**Capítulo G. Trabajo en condiciones de igualdad y dignidad**

		<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>	<i>Persona orden</i>
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
194	¿Los ingresos que obtiene actualmente de su negocio le permiten cubrir sus necesidades personales y tomar decisiones económicas de manera autónoma?	Sí, completamente (puedo cubrir mis necesidades personales y tomar decisiones económicas sin depender de otras personas) 1 <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente (cubro algunas necesidades, pero dependo de otras fuentes o personas para complementar mis ingresos) 2 <input type="checkbox"/> No, no me alcanzan para cubrir mis necesidades ni tomar decisiones económicas autónomas 3 <input type="checkbox"/> No recibe ingresos del negocio actualmente 4 <input type="checkbox"/>	Sí, completamente (puedo cubrir mis necesidades personales y tomar decisiones económicas sin depender de otras personas) 1 <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente (cubro algunas necesidades, pero dependo de otras fuentes o personas para complementar mis ingresos) 2 <input type="checkbox"/> No, no me alcanzan para cubrir mis necesidades ni tomar decisiones económicas autónomas 3 <input type="checkbox"/> No recibe ingresos del negocio actualmente 4 <input type="checkbox"/>	Sí, completamente (puedo cubrir mis necesidades personales y tomar decisiones económicas sin depender de otras personas) 1 <input type="checkbox"/> Sí, parcialmente (cubro algunas necesidades, pero dependo de otras fuentes o personas para complementar mis ingresos) 2 <input type="checkbox"/> No, no me alcanzan para cubrir mis necesidades ni tomar decisiones económicas autónomas 3 <input type="checkbox"/> No recibe ingresos del negocio actualmente 4 <input type="checkbox"/>
195	¿Usted está afiliada(o) a alguna entidad de seguridad social en salud?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i> No sabe 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i> No sabe 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i> No sabe 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 198</i>
196	<i>*para las personas que contestaron que sí a la pregunta anterior</i> ¿A cuál régimen se encuentra afiliada(o)?	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial y excepción (para Fuerzas armadas, Ecopetrol, Docentes públicos, universidades públicas) 3 <input type="checkbox"/>	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial y excepción (para Fuerzas armadas, Ecopetrol, Docentes públicos, universidades públicas) 3 <input type="checkbox"/>	Contributivo 1 <input type="checkbox"/> Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Especial y excepción (para Fuerzas armadas, Ecopetrol, Docentes públicos, universidades públicas) 3 <input type="checkbox"/>
197	<i>* Si responde en la pregunta anterior Contributivo o especial</i> ¿Usted es?	Cotizante 1 <input type="checkbox"/> Beneficiaria 2 <input type="checkbox"/>	Cotizante 1 <input type="checkbox"/> Beneficiaria 2 <input type="checkbox"/>	Cotizante 1 <input type="checkbox"/> Beneficiaria 2 <input type="checkbox"/>
198	¿Está usted cotizando actualmente a un fondo de pensiones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Ya se encuentra pensionada/o 3 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Ya se encuentra pensionada/o 3 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Ya se encuentra pensionada/o 3 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/>
199	¿Está afiliada(o) a una Administradora de Riesgos Laborales (ARL) para cobertura en caso de accidentes o enfermedades laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>

**Capítulo H. Salud**

		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre				
Apellidos				
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
200	Indique a cuáles de los siguientes servicios de salud ha acudido en los últimos 12 meses, sin estar enferma/o y por prevención:	a. Medicina general 1 <input type="checkbox"/> b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa 1 <input type="checkbox"/> d. Medicina tradicional indígena 1 <input type="checkbox"/> e. Medicina tradicional de comunidades negras y afrocolombianas, raizales y/o palenqueras 1 <input type="checkbox"/> f. Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Medicina general 1 <input type="checkbox"/> b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa 1 <input type="checkbox"/> d. Medicina tradicional indígena 1 <input type="checkbox"/> e. Medicina tradicional de comunidades negras y afrocolombianas, raizales y/o palenqueras 1 <input type="checkbox"/> f. Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Medicina general 1 <input type="checkbox"/> b. Odontología 1 <input type="checkbox"/> c. Medicina alternativa 1 <input type="checkbox"/> d. Medicina tradicional indígena 1 <input type="checkbox"/> e. Medicina tradicional de comunidades negras y afrocolombianas, raizales y/o palenqueras 1 <input type="checkbox"/> f. Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/>
202	Indique cuál (es) de los siguientes exámenes preventivos se ha realizado en los últimos 12 meses?	a. Tensión arterial 1 <input type="checkbox"/> b. Examen visual 1 <input type="checkbox"/> c. Examen auditivo 1 <input type="checkbox"/> d. Cuadro hemático (conteo de glóbulos rojos, blancos, hemoglobina, recuento de plaquetas etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Virus de Papiloma Humano VPH 1 <input type="checkbox"/> f. Un examen para enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo VIH, Hepatitis B o C 1 <input type="checkbox"/> g. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Tensión arterial 1 <input type="checkbox"/> b. Examen visual 1 <input type="checkbox"/> c. Examen auditivo 1 <input type="checkbox"/> d. Cuadro hemático (conteo de glóbulos rojos, blancos, hemoglobina, recuento de plaquetas etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Virus de Papiloma Humano VPH 1 <input type="checkbox"/> f. Un examen para enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo VIH, Hepatitis B o C 1 <input type="checkbox"/> g. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Tensión arterial 1 <input type="checkbox"/> b. Examen visual 1 <input type="checkbox"/> c. Examen auditivo 1 <input type="checkbox"/> d. Cuadro hemático (conteo de glóbulos rojos, blancos, hemoglobina, recuento de plaquetas etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Virus de Papiloma Humano VPH 1 <input type="checkbox"/> f. Un examen para enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo VIH, Hepatitis B o C 1 <input type="checkbox"/> g. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>
203	<i>*solo aplica para mujeres cisgénero (identidad de género mujer y orientación sexual heterosexual) y hombres trans / p24=2 &amp; p26=1) y p25=3</i> Indique cuál (es) de los siguientes exámenes preventivos se ha realizado en los últimos 12 meses?	a. Citología 1 <input type="checkbox"/> b. Mamografía 1 <input type="checkbox"/> c. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Citología 1 <input type="checkbox"/> b. Mamografía 1 <input type="checkbox"/> c. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>	a. Citología 1 <input type="checkbox"/> b. Mamografía 1 <input type="checkbox"/> c. Ninguno de los anteriores 2 <input type="checkbox"/>
204	<i>*solo aplica para hombres cisgénero (identidad de género hombre y orientación sexual heterosexual) y mujeres trans / p24=1 y p26=1 P25=4</i> Se ha realizado en los últimos 12 meses el examen de próstata	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
206	En general, ¿qué tan satisfecho/a se siente... con su salud actualmente?	Totalmente satisfecho 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho/a 2 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3 <input type="checkbox"/> Satisfecho/a 4 <input type="checkbox"/> Totalmente satisfecho/a 5 <input type="checkbox"/>	Totalmente satisfecho 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho/a 2 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3 <input type="checkbox"/> Satisfecho/a 4 <input type="checkbox"/> Totalmente satisfecho/a 5 <input type="checkbox"/>	Totalmente satisfecho 1 <input type="checkbox"/> Insatisfecho/a 2 <input type="checkbox"/> Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a 3 <input type="checkbox"/> Satisfecho/a 4 <input type="checkbox"/> Totalmente satisfecho/a 5 <input type="checkbox"/>
207	¿En los últimos 30 días, tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <b>pasa 210</b>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <b>pasa 210</b>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <b>pasa 210</b>
208	Para tratar ese problema de salud, usted:	a. Acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliado(a)? 1 <input type="checkbox"/> b. Acudió a un médico particular? (general, especialista, odontólogo, terapeuta u otro) 1 <input type="checkbox"/> c. Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista? 1 <input type="checkbox"/> d. Asistió a terapias alternativas? (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Acudió a una autoridad indígena espiritual? 1 <input type="checkbox"/> f. Acudió a otro médico de una comunidad negra y afrocolombiana, raizal y/o palenquera? (curandero, yerbatero, etc.) 1 <input type="checkbox"/> g. Usó remedios caseros o buscó remedios en internet? 1 <input type="checkbox"/> h. Se autorrecetó? 1 <input type="checkbox"/> i. No hizo nada 2 <input type="checkbox"/>	a. Acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliado(a)? 1 <input type="checkbox"/> b. Acudió a un médico particular? (general, especialista, odontólogo, terapeuta u otro) 1 <input type="checkbox"/> c. Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista? 1 <input type="checkbox"/> d. Asistió a terapias alternativas? (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Acudió a una autoridad indígena espiritual? 1 <input type="checkbox"/> f. Acudió a otro médico de una comunidad negra y afrocolombiana, raizal y/o palenquera? (curandero, yerbatero, etc.) 1 <input type="checkbox"/> g. Usó remedios caseros o buscó remedios en internet? 1 <input type="checkbox"/> h. Se autorrecetó? 1 <input type="checkbox"/> i. No hizo nada 2 <input type="checkbox"/>	a. Acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliado(a)? 1 <input type="checkbox"/> b. Acudió a un médico particular? (general, especialista, odontólogo, terapeuta u otro) 1 <input type="checkbox"/> c. Acudió a un boticario, farmacéuta, droguista? 1 <input type="checkbox"/> d. Asistió a terapias alternativas? (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) 1 <input type="checkbox"/> e. Acudió a una autoridad indígena espiritual? 1 <input type="checkbox"/> f. Acudió a otro médico de una comunidad negra y afrocolombiana, raizal y/o palenquera? (curandero, yerbatero, etc.) 1 <input type="checkbox"/> g. Usó remedios caseros o buscó remedios en internet? 1 <input type="checkbox"/> h. Se autorrecetó? 1 <input type="checkbox"/> i. No hizo nada 2 <input type="checkbox"/>
210	En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado de manera continua o recurrente algún dolor o malestar crónico que haya afectado su vida diaria, sus actividades habituales o su bienestar general?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

<p>211 ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad crónica? (enfermedad de larga duración y prolongados tratamientos como: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, etc.).</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pose 213</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pose 213</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>pose 213</i></p>
<p>212 ¿Cuál?</p>	<p>a. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, insuficiencia cardíaca) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC, bronquitis crónica) 1 <input type="checkbox"/> c. Enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis) 1 <input type="checkbox"/> d. Enfermedades endocrinas y metabólicas (diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo) 1 <input type="checkbox"/> e. Enfermedades neurológicas (epilepsia, migraña crónica, Parkinson) 1 <input type="checkbox"/> f. Enfermedades gastrointestinales crónicas (gastritis, colitis, reflujo, enfermedad celíaca) 1 <input type="checkbox"/> g. Enfermedades renales crónicas 1 <input type="checkbox"/> h. Enfermedades dermatológicas crónicas (psoriasis, vitiligo) 1 <input type="checkbox"/> i. Tumores malignos o cáncer (leucemia, linfoma, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. Enfermedades mentales, trastornos de la consciencia o conducta (esquizofrenia, bipolaridad, etc.) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, insuficiencia cardíaca, etc.) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC, bronquitis crónica) 1 <input type="checkbox"/> c. Enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis) 1 <input type="checkbox"/> d. Enfermedades endocrinas y metabólicas (diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo) 1 <input type="checkbox"/> e. Enfermedades neurológicas (epilepsia, migraña crónica, Parkinson) 1 <input type="checkbox"/> f. Enfermedades gastrointestinales crónicas (gastritis, colitis, reflujo, enfermedad celíaca) 1 <input type="checkbox"/> g. Enfermedades renales crónicas 1 <input type="checkbox"/> h. Enfermedades dermatológicas crónicas (psoriasis, vitiligo) 1 <input type="checkbox"/> i. Tumores malignos o cáncer (leucemia, linfoma, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. Enfermedades mentales, trastornos de la consciencia o conducta (esquizofrenia, bipolaridad, etc.) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Enfermedades cardiovasculares (hipertensión, insuficiencia cardíaca, etc.) 1 <input type="checkbox"/> b. Enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC, bronquitis crónica) 1 <input type="checkbox"/> c. Enfermedades osteoarticulares (artritis, artrosis, osteoporosis) 1 <input type="checkbox"/> d. Enfermedades endocrinas y metabólicas (diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo) 1 <input type="checkbox"/> e. Enfermedades neurológicas (epilepsia, migraña crónica, Parkinson) 1 <input type="checkbox"/> f. Enfermedades gastrointestinales crónicas (gastritis, colitis, reflujo, enfermedad celíaca) 1 <input type="checkbox"/> g. Enfermedades renales crónicas 1 <input type="checkbox"/> h. Enfermedades dermatológicas crónicas (psoriasis, vitiligo) 1 <input type="checkbox"/> i. Tumores malignos o cáncer (leucemia, linfoma, etc.) 1 <input type="checkbox"/> j. Enfermedades mentales, trastornos de la consciencia o conducta (esquizofrenia, bipolaridad, etc.) 1 <input type="checkbox"/> k. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>
<p>213 ¿Durante los últimos 7 días ha sentido: Cansancio?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>
<p>214 ¿Durante los últimos 7 días ha sentido: Soledad?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>
<p>215 ¿Durante los últimos 7 días ha sentido: ¿Dificultades para dormir?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe 98 <input type="checkbox"/></p>
<p>216 Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: -Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado</p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>217 Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: -No ha podido dejar de preocuparse</p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>218 Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: -Poco interés o placer en hacer las cosas</p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>219 Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: -Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas</p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>Nunca 1 <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de los días 2 <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días 3 <input type="checkbox"/> Casi todos los días 4 <input type="checkbox"/></p>
<p>220 ¿Qué tan frecuentemente ha consumido productos de tabaco como cigarrillos, tabaco en rollo o vapeadores con nicotina en los últimos treinta días?</p>	<p>No consumo tabaco 1 <input type="checkbox"/> Una vez en todo el mes 2 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes 3 <input type="checkbox"/> Una vez por semana 4 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces por semana 5 <input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>No consumo tabaco 1 <input type="checkbox"/> Una vez en todo el mes 2 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes 3 <input type="checkbox"/> Una vez por semana 4 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces por semana 5 <input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>No consumo tabaco 1 <input type="checkbox"/> Una vez en todo el mes 2 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces en el mes 3 <input type="checkbox"/> Una vez por semana 4 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces por semana 5 <input type="checkbox"/> Todos los días o casi todos los días 6 <input type="checkbox"/></p>

221	¿Qué tan frecuentemente consumió alcohol durante los últimos treinta días?	No consumo alcohol Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No consumo alcohol Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No consumo alcohol Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
222	¿Qué tan frecuentemente consumió sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, éxtasis, tusi, MDMA, LSD, etc.) en los últimos treinta días?	No consumo sustancias psicoactivas Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos los días	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No consumo sustancias psicoactivas Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos los días	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No consumo sustancias psicoactivas Una vez en todo el mes Dos o tres veces en el mes Una vez por semana Dos o tres veces por semana Todos los días o casi todos los días	1 2 3 4 5 6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
223	En los últimos 24 meses, ¿ha pensado en quitarse la vida?	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
224	En los últimos 24 meses, ¿ha intentado quitarse la vida?	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
405	¿Autoriza a la Secretaría Distrital de la Mujer para compartir sus datos de contacto, nombre, documento de identidad y teléfono con la Secretaría de Salud de Bogotá para ser contactado(a) y recibir apoyo profesional en salud mental? <b>*p223= 1 o p224= 1</b>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
406	Número de celular <b>*p223= 1 o p224= 1</b>									
407	EPS <b>*p223= 1 o p224= 1</b>									
225	En el último mes: ¿Ha tenido episodios en los que comió una gran cantidad de comida en poco tiempo, sintiendo que no podía detenerse o controlar lo que comía?	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
226	En el último mes: ¿Ha hecho dieta o ha dejado de comer por más de doce horas seguidas buscando adelgazar?	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
227	En los últimos 12 meses, ¿ha sentido que necesitaba apoyo o atención en salud mental? (emocional, psicológico, psiquiátrico)	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
228	¿Pudo acceder a algún servicio de salud mental cuando lo necesitó?	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No	1 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
231	¿Ha tenido actividad sexual en los últimos 6 meses?	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si No No responde	1 2 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
232	¿Considera que en los últimos 6 meses, en general, ha tenido una vida sexual placentera?	Si, plenamente Parcialmente No Prefiero no responder	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si, plenamente Parcialmente No Prefiero no responder	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si, plenamente Parcialmente No Prefiero no responder	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
233	<b>*Si responde si en la pregunta de quienes han tenido actividad sexual en los últimos 6 meses</b> En los últimos seis meses, las personas pueden tener encuentros sexuales por diferentes razones, como afecto, deseo, curiosidad, búsqueda de placer, compromiso, entre otras. En su caso, ¿cuál(es) ha sido el motivo más frecuente para tener un encuentro sexual con otra persona?	a. El placer mutuo b. Mantener satisfecha a la otra persona c. El placer propio d. Por afecto e. Para mantenerse saludable f. Aliviar el estrés g. Por obligación h. La rutina o el hábito i. Por adicción j. Otra ¿Cuál?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. El placer mutuo b. Mantener satisfecha a la otra persona c. El placer propio d. Por afecto e. Para mantenerse saludable f. Aliviar el estrés g. Por obligación h. La rutina o el hábito i. Por adicción j. Otra ¿Cuál?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a. El placer mutuo b. Mantener satisfecha a la otra persona c. El placer propio d. Por afecto e. Para mantenerse saludable f. Aliviar el estrés g. Por obligación h. La rutina o el hábito i. Por adicción j. Otra ¿Cuál?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si al menos una de las pg 223 ó 224 = 1 pase a 405 de lo contrario pase a 225

Si al menos una de las pg 223 ó 224 = 1 pase a 405 de lo contrario pase a 225

Si al menos una de las pg 223 ó 224 = 1 pase a 405 de lo contrario pase a 225

Si p223= 1 o p224= 1 pase a 407 de lo contrario 225

Si p223= 1 o p224= 1 pase a 407 de lo contrario 225

Si p223= 1 o p224= 1 pase a 407 de lo contrario 225

Pase 231

Pase 231

Pase 231

pasa 234

pasa 235

pasa 234

pasa 235

pasa 234

pasa 235

234	<p><b>*para todas las personas</b> Pensando en los últimos seis meses, puede que haya tenido algunos encuentros sexuales que no resultaron como esperaba, o que no haya podido tenerlos. En relación con estas experiencias, ¿qué factores o situaciones siente que le han dificultado disfrutar de una sexualidad plena y placentera?</p>	<p>a. Falta de tiempo, exceso de responsabilidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Rutina, desgaste de la relación de pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Estar soltero o sin pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Mala salud mental, ansiedad, neurosis 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Autoimagen 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mala salud física 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Presión de las personas que te rodean 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Inhibiciones en lo sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Uso de medicamentos que afectan el deseo o la respuesta sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Incompatibilidad con la pareja en las preferencias sexuales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><i>Si módulo b pg 24 = 1 y p26 =1 pase a 237 de lo contrario pase a 235</i></p>	<p>a. Falta de tiempo, exceso de responsabilidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Rutina, desgaste de la relación de pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Estar soltero o sin pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Mala salud mental, ansiedad, neurosis 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Autoimagen 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mala salud física 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Presión de las personas que te rodean 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Inhibiciones en lo sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Uso de medicamentos que afectan el deseo o la respuesta sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Incompatibilidad con la pareja en las preferencias sexuales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><i>Si módulo b pg 24 = 1 y p26 =1 pase a 237 de lo contrario pase a 235</i></p>	<p>a. Falta de tiempo, exceso de responsabilidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Rutina, desgaste de la relación de pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Estar soltero o sin pareja 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Mala salud mental, ansiedad, neurosis 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Autoimagen 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Mala salud física 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Presión de las personas que te rodean 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Inhibiciones en lo sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Uso de medicamentos que afectan el deseo o la respuesta sexual 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Incompatibilidad con la pareja en las preferencias sexuales 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p><i>Si módulo b pg 24 = 1 y p26 =1 pase a 237 de lo contrario pase a 235</i></p>
235	<p><b>*Aplicar excepto para los hombres cisgénero p24=1 y p26=1</b> ¿Se encuentra usted actualmente en etapa de menopausia o ha pasado por ella?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No estoy segura 3 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 237</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No estoy segura 3 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 237</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No estoy segura 3 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 237</i></p>
236	<p>¿Ha recibido acompañamiento médico o psicológico para transitar la menopausia?</p>	<p>Si y fue adecuado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero no fue adecuado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabía que podía acceder a ese tipo de acompañamiento 4 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 247</i></p>	<p>Si y fue adecuado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero no fue adecuado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabía que podía acceder a ese tipo de acompañamiento 4 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 247</i></p>	<p>Si y fue adecuado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Sí, pero no fue adecuado 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabía que podía acceder a ese tipo de acompañamiento 4 <input type="checkbox"/></p> <p>_____ <i>Pase 247</i></p>
237	<p>¿Cuál(es) método(s) anticonceptivo(s) está utilizando actualmente? [Respuesta espontánea]</p>	<p>a. Píldoras 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>d. Inyección mensual 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>e. Inyección trimestral 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>f. Implantes subdérmicos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>g. Anillo vaginal 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>h. Condón vaginal o interno 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>i. Condón para penes o externos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>j. Espuma, jalea, óvulos, espermicidas 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>k. Parche transdérmico 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>l. Falta de menstruación por lactancia 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>n. Coito interrumpido 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>o. Esterilización (Ligadura o vasectomía) 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>p. Otro método, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>_____</p> <p>q. Ninguno 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Píldoras 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>d. Inyección mensual 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>e. Inyección trimestral 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>f. Implantes subdérmicos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>g. Anillo vaginal 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>h. Condón vaginal o interno 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>i. Condón para penes o externos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>j. Espuma, jalea, óvulos, espermicidas 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>k. Parche transdérmico 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>l. Falta de menstruación por lactancia 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>n. Coito interrumpido 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>o. Esterilización (Ligadura o vasectomía) 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>p. Otro método, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>_____</p> <p>q. Ninguno 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Píldoras 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>b. Dispositivo intrauterino DIU como T de cobre 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>c. Dispositivo intrauterino (DIU) hormonal como Mirena o jaydess 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>d. Inyección mensual 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>e. Inyección trimestral 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>f. Implantes subdérmicos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>g. Anillo vaginal 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>h. Condón vaginal o interno 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>i. Condón para penes o externos 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>j. Espuma, jalea, óvulos, espermicidas 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>k. Parche transdérmico 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>l. Falta de menstruación por lactancia 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>m. Abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>n. Coito interrumpido 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>o. Esterilización (Ligadura o vasectomía) 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>p. Otro método, ¿cuál? 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 239</i></p> <p>_____</p> <p>q. Ninguno 1 <input type="checkbox"/></p>
238	<p><b>Si responde Ningun método anticonceptivo:</b> ¿Cuál es la principal razón por la que no está usando un método anticonceptivo?</p>	<p>Es su pareja quien los usa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Mantiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Infertilidad suya o de su pareja 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea tener hijos(as) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted se opone al uso de estos métodos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros se oponen al uso de estos métodos (pareja, familia, religión) 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Le da vergüenza adquirirlos 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene dinero para adquirirlos 9 <input type="checkbox"/></p> <p>No conoce bien las opciones disponibles o cómo acceder a ellas 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Miedo a efectos secundarios 11 <input type="checkbox"/></p> <p>No quiere, no le gusta 12 <input type="checkbox"/></p> <p>El servicio de salud le queda lejos, es de mala calidad, no la atendieron, no autorizaron 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Histerectomía 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Es su pareja quien los usa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Mantiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Infertilidad suya o de su pareja 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea tener hijos(as) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted se opone al uso de estos métodos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros se oponen al uso de estos métodos (pareja, familia, religión) 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Le da vergüenza adquirirlos 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene dinero para adquirirlos 9 <input type="checkbox"/></p> <p>No conoce bien las opciones disponibles o cómo acceder a ellas 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Miedo a efectos secundarios 11 <input type="checkbox"/></p> <p>No quiere, no le gusta 12 <input type="checkbox"/></p> <p>El servicio de salud le queda lejos, es de mala calidad, no la atendieron, no autorizaron 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Histerectomía 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Es su pareja quien los usa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene relaciones sexuales 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Mantiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Infertilidad suya o de su pareja 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea tener hijos(as) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted se opone al uso de estos métodos 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros se oponen al uso de estos métodos (pareja, familia, religión) 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Le da vergüenza adquirirlos 8 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene dinero para adquirirlos 9 <input type="checkbox"/></p> <p>No conoce bien las opciones disponibles o cómo acceder a ellas 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Miedo a efectos secundarios 11 <input type="checkbox"/></p> <p>No quiere, no le gusta 12 <input type="checkbox"/></p> <p>El servicio de salud le queda lejos, es de mala calidad, no la atendieron, no autorizaron 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Histerectomía 14 <input type="checkbox"/></p>

		Otro método, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>	Otro método, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>	Otro método, ¿cuál? 99 <input type="checkbox"/>
		Si módulo 2 pg 24 = 2 pase a 239 de lo contrario pase a la pg 247	Si módulo 2 pg 24 = 2 pase a 239 de lo contrario pase a la pg 247	Si módulo 2 pg 24 = 2 pase a 239 de lo contrario pase a la pg 247
239	<b>*para quienes marcaron femenino en sexo asignado al nacer</b> En los últimos 24 meses ¿Usted tuvo un embarazo no deseado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 245</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 245</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 245</b>
240	¿Solicitó un aborto inducido o Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 242</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 242</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>pase 242</b>
241	<b>*para quienes sí solicitaron un aborto inducido o IVE</b> ¿Con qué barreras se encontró al solicitar un aborto inducido o Interrupción voluntaria del embarazo IVE?	a. Falta de información clara sobre cómo y dónde solicitarla <input type="checkbox"/> b. Barreras impuestas por el personal de salud (negación, dilación, juicio moral) <input type="checkbox"/> c. Requisitos que no eran exigidos por la ley (autorizaciones, trámites adicionales) <input type="checkbox"/> d. Demoras o dificultades para agendar citas <input type="checkbox"/> e. Miedo a ser juzgada o estigmatizada <input type="checkbox"/> f. Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> g. Motivos religiosos o personales propios <input type="checkbox"/> h. Dificultades económicas o de transporte para llegar al servicio <input type="checkbox"/> i. Ninguna barrera <input type="checkbox"/> <b>Pase a 243</b>	a. Falta de información clara sobre cómo y dónde solicitarla <input type="checkbox"/> b. Barreras impuestas por el personal de salud (negación, dilación, juicio moral) <input type="checkbox"/> c. Requisitos que no eran exigidos por la ley (autorizaciones, trámites adicionales) <input type="checkbox"/> d. Demoras o dificultades para agendar citas <input type="checkbox"/> e. Miedo a ser juzgada o estigmatizada <input type="checkbox"/> f. Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> g. Motivos religiosos o personales propios <input type="checkbox"/> h. Dificultades económicas o de transporte para llegar al servicio <input type="checkbox"/> i. Ninguna barrera <input type="checkbox"/> <b>Pase a 243</b>	a. Falta de información clara sobre cómo y dónde solicitarla <input type="checkbox"/> b. Barreras impuestas por el personal de salud (negación, dilación, juicio moral) <input type="checkbox"/> c. Requisitos que no eran exigidos por la ley (autorizaciones, trámites adicionales) <input type="checkbox"/> d. Demoras o dificultades para agendar citas <input type="checkbox"/> e. Miedo a ser juzgada o estigmatizada <input type="checkbox"/> f. Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> g. Motivos religiosos o personales propios <input type="checkbox"/> h. Dificultades económicas o de transporte para llegar al servicio <input type="checkbox"/> i. Ninguna barrera <input type="checkbox"/> <b>Pase a 243</b>
242	<b>*para quienes no solicitaron un aborto inducido o IVE y tuvieron un embarazo no deseado</b> ¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó un aborto inducido o Interrupción Voluntaria del embarazo?	Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> <b>P</b> No sabía que el aborto es un derecho hasta la semana 24 <input type="checkbox"/> <b>A</b> No tenía los recursos necesarios <input type="checkbox"/> <b>S</b> Decidió continuar con el embarazo <input type="checkbox"/> <b>E</b> No sabía a donde acudir <input type="checkbox"/> <b>A</b> Tuve otras dificultades para acceder a la IVE <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> Otra <input type="checkbox"/> <b>5</b>	Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> <b>P</b> No sabía que el aborto es un derecho hasta la semana 24 <input type="checkbox"/> <b>A</b> No tenía los recursos necesarios <input type="checkbox"/> <b>S</b> Decidió continuar con el embarazo <input type="checkbox"/> <b>E</b> No sabía a donde acudir <input type="checkbox"/> <b>A</b> Tuve otras dificultades para acceder a la IVE <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> Otra <input type="checkbox"/> <b>5</b>	Presión de familiares o pareja para no hacerlo <input type="checkbox"/> <b>P</b> No sabía que el aborto es un derecho hasta la semana 24 <input type="checkbox"/> <b>A</b> No tenía los recursos necesarios <input type="checkbox"/> <b>S</b> Decidió continuar con el embarazo <input type="checkbox"/> <b>E</b> No sabía a donde acudir <input type="checkbox"/> <b>A</b> Tuve otras dificultades para acceder a la IVE <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> Otra <input type="checkbox"/> <b>5</b>
243	¿Pudo acceder al aborto inducido o IVE que solicitó?	Si <input type="checkbox"/> <b>1</b> No <input type="checkbox"/> <b>2</b> <b>pase 245</b>	Si <input type="checkbox"/> <b>1</b> No <input type="checkbox"/> <b>2</b> <b>pase 245</b>	Si <input type="checkbox"/> <b>1</b> No <input type="checkbox"/> <b>2</b> <b>pase 245</b>
244	¿Vivió alguna de las siguientes situaciones?	a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del procedimiento. <input type="checkbox"/> b. Le realizaron exámenes o procedimientos sin solicitar su consentimiento informado, explicándole de forma clara los pasos del procedimiento, los riesgos o las alternativas disponibles. <input type="checkbox"/> c. No le permitieron expresar dudas, miedos o preocupaciones durante el proceso. <input type="checkbox"/> d. Fue discriminada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad, situación migratoria, orientación sexual, identidad de género u otra condición. <input type="checkbox"/> e. Le hicieron esperar de forma injustificada para acceder al procedimiento. <input type="checkbox"/> f. Fue tratada con brusquedad, rudeza o indiferencia. <input type="checkbox"/> g. Se vulneró su privacidad o confidencialidad durante alguna parte del proceso. <input type="checkbox"/> h. No vivió ninguna de estas situaciones. <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del procedimiento. <input type="checkbox"/> b. Le realizaron exámenes o procedimientos sin solicitar su consentimiento informado, explicándole de forma clara los pasos del procedimiento, los riesgos o las alternativas disponibles. <input type="checkbox"/> c. No le permitieron expresar dudas, miedos o preocupaciones durante el proceso. <input type="checkbox"/> d. Fue discriminada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad, situación migratoria, orientación sexual, identidad de género u otra condición. <input type="checkbox"/> e. Le hicieron esperar de forma injustificada para acceder al procedimiento. <input type="checkbox"/> f. Fue tratada con brusquedad, rudeza o indiferencia. <input type="checkbox"/> g. Se vulneró su privacidad o confidencialidad durante alguna parte del proceso. <input type="checkbox"/> h. No vivió ninguna de estas situaciones. <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>	a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del procedimiento. <input type="checkbox"/> b. Le realizaron exámenes o procedimientos sin solicitar su consentimiento informado, explicándole de forma clara los pasos del procedimiento, los riesgos o las alternativas disponibles. <input type="checkbox"/> c. No le permitieron expresar dudas, miedos o preocupaciones durante el proceso. <input type="checkbox"/> d. Fue discriminada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad, situación migratoria, orientación sexual, identidad de género u otra condición. <input type="checkbox"/> e. Le hicieron esperar de forma injustificada para acceder al procedimiento. <input type="checkbox"/> f. Fue tratada con brusquedad, rudeza o indiferencia. <input type="checkbox"/> g. Se vulneró su privacidad o confidencialidad durante alguna parte del proceso. <input type="checkbox"/> h. No vivió ninguna de estas situaciones. <input type="checkbox"/> i. Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/>
245	<b>*para quienes marcaron femenino en sexo asignado al nacer</b> En el último mes ¿ha tenido dificultades económicas para adquirir los elementos necesarios para atender su periodo menstrual?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>2</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>2</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <b>2</b>

246	<p><b>*para quienes marcaron femenino en sexo asignado al nacer</b></p> <p>En el último mes ¿Tuvo algún problema para gestionar su menstruación por no contar con condiciones adecuadas (como acceso a agua limpia, saneamiento básico e instalaciones cómodas y privadas)?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>
247	<p>¿Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación? "Hay que evitar hablar de menstruación en público."</p>	<p>Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En desacuerdo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En desacuerdo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>Totalmente en desacuerdo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En desacuerdo <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Totalmente de acuerdo <input type="checkbox"/> 5</p>
248	<p>¿Considera usted que es "normal" experimentar síntomas como dolor muy intenso, vómito, malestar general o desmayos durante la menstruación?</p>	<p>Sí, creo que es normal. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, aunque creo que debería consultarse médicamente. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No, considero que no es normal y debe consultarse. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No sé / No he pensado en ello. <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>Sí, creo que es normal. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, aunque creo que debería consultarse médicamente. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No, considero que no es normal y debe consultarse. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No sé / No he pensado en ello. <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>Sí, creo que es normal. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, aunque creo que debería consultarse médicamente. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>No, considero que no es normal y debe consultarse. <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No sé / No he pensado en ello. <input type="checkbox"/> 4</p>

Capítulo I. Cultura libre de sexismo				
		Persona orden _____	Persona orden _____	Persona orden _____
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
		<i>Si capítulo B pg 33 = 0 pase a 34 Si capítulo B pg 33 &gt; 0 pase a 36</i>	<i>Si capítulo B pg 33 = 0 pase a 34 Si capítulo B pg 33 &gt; 0 pase a 36</i>	<i>Si capítulo B pg 33 = 0 pase a 34 Si capítulo B pg 33 &gt; 0 pase a 36</i>
34	* Si responde 0 en la pregunta de número de hij@s ¿Ha experimentado en algún momento presión o críticas relacionadas con no tener hijas o hijos (por ejemplo, comentarios insistentes sobre por qué no tiene,	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> pase 249	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> pase 249	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> pase 249
36	* Si responde 1 en la pregunta de número de hij@s ¿Alguna vez ha sentido presión o juicio por su decisión de tener hijas o hijos (por ejemplo, comentarios por haberlos tenido, comentarios insistentes sobre la cantidad o el momento en que los tuvo)	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> Pase 249	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> Pase 249	Si 1 <input type="checkbox"/> Pase a 249 No 2 <input type="checkbox"/> Pase 249
249	Durante los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia asiste a conciertos, teatro, exposiciones u otros eventos culturales?	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pase 251 Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>
250	¿Cuáles son las principales razones para que no asista o asista poco a conciertos, teatro, exposiciones u otros eventos culturales? <i>*mostrar tarjeta</i>	a. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> b. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> c. Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> d. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> e. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> f. No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> g. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> h. No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> i. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> j. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> b. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> c. Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> d. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> e. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> f. No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> g. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> h. No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> i. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> j. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____	a. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> b. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> c. Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> d. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> e. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> f. No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> g. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> h. No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> i. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> j. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> k. Otro ¿Cuál? 1 <input type="checkbox"/> _____

251	Durante los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia va a eventos deportivos, parques recreativos o parques temáticos ?	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>	Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 253 Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/>
252	¿Cuáles son las principales razones para que no asista o asista poco a eventos deportivos, parques recreativos o parques temáticos? *mostrar tarjeta	Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> Otro motivo 1 <input type="checkbox"/>	Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> Otro motivo 1 <input type="checkbox"/>	Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/> No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/> Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/> Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/> No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/> No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/> Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/> No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/> Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/> Otro motivo 1 <input type="checkbox"/>
253	Durante los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia practica algún deporte, hace yoga, clases de baile, hace ejercicio físico o va al gimnasio?	Más de una vez a la semana 1 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada 15 días 3 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez al mes 4 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada tres meses 5 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada seis meses 6 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 7 <input type="checkbox"/> Cada dos o más años 8 <input type="checkbox"/> Nunca 9 <input type="checkbox"/>	Más de una vez a la semana 1 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada 15 días 3 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez al mes 4 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada tres meses 5 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada seis meses 6 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 7 <input type="checkbox"/> Cada dos o más años 8 <input type="checkbox"/> Nunca 9 <input type="checkbox"/>	Más de una vez a la semana 1 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez a la semana 2 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada 15 días 3 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez al mes 4 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada tres meses 5 <input type="checkbox"/> pose 255 Una vez cada seis meses 6 <input type="checkbox"/> Una vez al año o menos 7 <input type="checkbox"/> Cada dos o más años 8 <input type="checkbox"/> Nunca 9 <input type="checkbox"/>

254	<p>¿Cuáles son las principales razones para que no practique algún deporte, haga yoga, baile, haga ejercicio físico o vaya al gimnasio? (RESPUESTA ESPONTANEA) <i>*mostrar tarjeta</i></p>	<p>a. No sabe cómo hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Su pareja o entorno no ve bien que realice este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No conoce un lugar para este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No tiene con quien hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No sabe cómo hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Su pareja o entorno no ve bien que realice este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No conoce un lugar para este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No tiene con quien hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No sabe cómo hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Su pareja o entorno no ve bien que realice este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No conoce un lugar para este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No tiene con quien hacerlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. No se siente segura/o asistiendo a este tipo de practicas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>
255	<p>Durante los últimos 24 meses, ¿Con qué frecuencia asiste a bibliotecas, eventos literarios o espacios de escritura y creación literaria?</p>	<p>Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Nunca 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Nunca 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Más de una vez al mes 1 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez al mes 2 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada tres meses 3 <input type="checkbox"/> Pose 257</p> <p>Una vez cada seis meses 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Una vez al año o menos 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Nunca 6 <input type="checkbox"/></p>
256	<p>¿Cuáles son las principales razones para que no asista o asista poco a conciertos, teatro, exposiciones u otros eventos culturales? <i>*mostrar tarjeta</i></p>	<p>Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>Falta de recursos económicos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene tiempo o debe cuidar a su familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su pareja o entorno no ve bien que participe 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Los horarios disponibles para este tipo de actividades no se adaptan a sus necesidades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No le interesa o prefiere hacer otra cosa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No conocía esos espacios o eventos 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No tiene con quien ir 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lejanía de los espacios donde se realizan este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No se siente segura/o asistiendo a este tipo de actividades 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro motivo 1 <input type="checkbox"/></p>

En una escala de 1 a 5, donde 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y 5 TOTALMENTE DE ACUERDO, ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes frases?:				
		1. En desacuerdo	2. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3. De acuerdo
257	Las mujeres pueden levantar pesas de la misma forma que un hombre.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
258	Cuando las mujeres se interesan por asistir a partidos de fútbol en el estadio es para agradecer a los hombres.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
259	Hombres y mujeres tienen funciones distintas, pero complementarias.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
260	Los hombres son dominantes mientras que las mujeres son más conciliadoras.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
261	Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
262	Ninguna persona está completa si no tiene una pareja que la ame y a la cual amar.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
263	Cuando los hombres están bravos es mejor no molestarlos.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
264	Una buena esposa debe obedecer a su esposo.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
265	Las mujeres que siguen con sus parejas después de ser golpeadas es porque les gusta.	1   2   3	1   2   3	1   2   3
266	Con el pretexto de pedir "igualdad", muchas mujeres buscan privilegios especiales que las favorezcan sobre los hombres.	Si capítulo a pg 12>1 Y capítulo a pg 19 = c pase a 267 de lo contrario pase a capítulo K		Si capítulo a pg 12>1 Y capítulo a pg 19 = c pase a 267 de lo contrario pase a capítulo K
267	¿Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones: b. Hacer compras grandes del hogar? (como electrodomésticos, bienes muebles, inmuebles...)	Usted 1 <input type="checkbox"/> Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/> Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/> Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/> Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/>	Usted 1 <input type="checkbox"/> Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/> Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/> Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/> Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/>	Usted 1 <input type="checkbox"/> Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/> Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/> Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/> Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/> Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/>

268	<p>¿Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones: c. Hacer compras para necesidades diarias del hogar? (comida, elementos de aseo, útiles escolares, ropa...)</p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>
269	<p>¿Quién en su hogar tiene la última palabra en las siguientes decisiones: e. Qué se debe cocinar cada día en el hogar?</p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>Usted 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted o su pareja 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Sólo su pareja 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Usted con otra persona del hogar 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona del hogar 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Una persona de otro hogar 6 <input type="checkbox"/></p>

Capítulo J. Vida libre de violencias

		Persona orden	Persona orden	Persona orden
Nombre		_____	_____	_____
Apellidos		_____	_____	_____
Preg.	Descripción	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta	Opciones de respuesta
<b>Si capítulo b pg 25 = 26 4 pase a 270, de lo contrario pase a 387</b>				
270	[NO LEER Responde la encuestadora] ¿se puede garantizar la privacidad o la capacidad de respuesta de la encuestada sin ayuda?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
271	En los últimos 24 meses ha tenido pareja sentimental	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 280</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 280</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 280</i>
272	a. ¿Se puso celoso(a) o bravo(a) si hablaba con otra persona?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
273	b. ¿le acusó de serle infiel?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
274	c. ¿Insistió en saber dónde estaba usted todo el tiempo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
275	d. ¿La amenazó con abandonarla o irse con otra persona?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
276	e. ¿La ignoró o no se dirigió a usted?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
277	g. ¿Le ha revisado el celular sin su permiso?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
278	h. le ha exigido entregar las contraseñas de sus redes sociales o correos electrónicos	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
279	i. la/o ha amenazado con suicidarse en caso de terminar la relación	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
280	En los últimos 24 meses ¿Alguna persona se ha dirigido a usted en términos como: "usted no sirve para nada", "usted nunca hace nada bien", "usted es una bruta"?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 282</i>
281	¿Quién lo hizo? [Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>

282	En los últimos 24 meses, ¿Alguna persona le ha impedido encontrarse con sus amigas o amigos o tener contacto con su familia?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 284</i>
283	*para quienes responden sí en la pregunta anterior ¿Quién le impidió encontrarse con amigas o amigos o tener contacto con su familia?	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>
284	En los últimos 24 meses ¿Alguna persona la ha amenazado con un cuchillo, arma de fuego, otra arma o atacarla con algún agente químico?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 290</i>
285	¿Vivió en Bogotá la última vez que ocurrió esto?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 98 <input type="checkbox"/>
286	*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza con cuchillo, arma de fuego, agente químico ¿Quién lo hizo? [Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/> Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/> Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>
287	*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza con cuchillo, arma de fuego, agente químico ¿En dónde la amenazaron con un cuchillo, arma de fuego, agente químico? [Nota: Si le ha ocurrido en más de un lugar, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinemas..) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/>	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinemas..) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/>	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinemas..) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/>

288	<p><i>"para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza con cuchillo, arma de fuego, agente químico</i> ¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 290</p>
289	<p><i>**sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i> ¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
290	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguien la ha amenazado con asesinarla?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 295</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 295</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 295</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 295</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 295</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 295</p>
291	<p><i>"para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza de muerte</i> ¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>

292	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza de muerte</i></p> <p>¿Quién lo hizo?</p> <p>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos últimos años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
293	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de amenaza de muerte (pg 290)</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 295</p>
294	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
295	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona la ha golpeado, abofeteado o pateado o le hizo algo que la haya herido físicamente?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 301</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 301</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 301</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 301</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 301</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 301</p>
296	<p>¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>

297	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de agresiones físicas</i></p> <p>¿Quién lo hizo?</p> <p><i>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos últimos años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</i></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
298	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de agresiones físicas</i></p> <p>¿En dónde la golpearon, abofetearon, la patearon o le hicieron algo que la haya herido físicamente?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p>
299	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de agresiones físicas (pta295)</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 301</p>

300	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
301	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguien la ha empujado, sujetado con fuerza contra su voluntad, inmovilizado, le han tapado la boca para que no grite, la intentado ahogar o estrangularla?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 313</i></p>
302	<p>¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
303	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de empujones, inmovilización, silencio, aflicción o estrangulamiento (pg 301)</i></p> <p>¿Quién lo hizo?</p> <p><i>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos últimos años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</i></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
304	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de empujones, inmovilización o silencio</i></p> <p>¿En dónde la empujaron, la sujetaron con fuerza contra su voluntad, la inmovilizaron o le taparon la boca para que no grite?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: _____ 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: _____ 11 <input type="checkbox"/></p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines, etc.) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: _____ 11 <input type="checkbox"/></p>

305	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de empujones, inmovilización o silencio (pg 301)</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 313</p>
306	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
313	<p>En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez usted ha sido víctima de robo, violencia sexual u otra agresión después de que alguien, sin su consentimiento, le suministrara una sustancia que alteró su conciencia o su voluntad? <i>(Ejemplos: burundanga, escopolamina u otra sustancia similar)</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 316</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 316</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 316</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 316</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 316</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 316</p>

314	<p>¿Quién lo hizo?</p> <p><i>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</i></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
315	<p>¿En dónde le intentaron robar o agredir suministrándole una sustancia que alteró su conciencia o su voluntad?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
316	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona ha controlado o limitado injustamente el uso de su dinero, le ha impedido trabajar o tomar decisiones sobre sus ingresos? <i>(por ejemplo, no dejarla trabajar, quitarle su salario, obligarla a pedir permiso para gastar su dinero, etc.)</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 321</i></p>
317	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia económica</i></p> <p>¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
318	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia económica</i></p> <p>¿Quién lo hizo?</p> <p><i>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</i></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>

319	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia económica</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 321</p>
320	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
321	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona ha dañado, destruido, retenido o se ha apropiado de sus bienes personales, documentos o propiedades sin su consentimiento? (le rompieron sus pertenencias, le escondieron documentos, le quitaron su vivienda, no le devuelven lo que es suyo, etc.)</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 325</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 325</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 325</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 325</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 325</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 325</p>
322	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia patrimonial</i></p> <p>¿Quién lo hizo?</p> <p>[Nota: Si le ha ocurrido con más de una persona, en los dos último años, responda pensando en la última vez que ocurrió?]</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>

323	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia patrimonial</i> ¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 325</p>
324	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i> ¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
325	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona le solicitó imágenes o videos íntimos y luego amenazó con compartíroslos o los compartió por redes sociales?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 330</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 330</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 330</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 330</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 330</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 330</p>
326	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual digital</i> ¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
327	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual digital</i> ¿Quién lo hizo la última vez que ocurrió?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>

328	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual digital</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 330</p>
329	<p><i>*Sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
330	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona la ha forzado físicamente o mediante amenazas a tener relaciones o actos sexuales que usted no quería (manoseo, masturbación, sexo oral)?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 336</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 336</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 336</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 336</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 336</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 336</p>
331	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual</i></p> <p>¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
332	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual</i></p> <p>¿Quién o quiénes la han forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales que usted no quería?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>

333	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
334	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual</i> ¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 336</i></p>
335	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i> ¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
336	<p>En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez, durante una relación sexual que usted inicialmente consintió, la otra persona hizo algo que la hizo sentir humillada, forzada o violentada sexualmente sin su consentimiento?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 341</i></p>
337	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual durante acto inicialmente consentido</i> ¿Vivía en Bogotá la última vez que ocurrió esto?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>

338	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual durante acto inicialmente consentido</i></p> <p>¿Quién o quiénes la han forzado físicamente a tener relaciones o actos sexuales que usted no quería?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
339	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual durante acto inicialmente consentido</i></p> <p>¿Qué hizo frente a esta situación?</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p>	<p>a. Denunció ante Fiscalía 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Acudió a servicios de orientación o atención de la Secretaría de la Mujer 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Buscó apoyo en otras entidades públicas (como salud, CAI, integración social, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recurrió a mecanismos comunitarios o alternativos de mediación de conflictos (juez de paz, conciliación en equidad, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Habló o buscó ayuda con personas cercanas (familia, amigas, vecinas, líderes comunitarios o religiosos, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Intentó llegar a un acuerdo con el agresor 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Realizó una acción para exponer públicamente a quien la agredió (en redes sociales, con carteles, graffiti, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Se retiró o alejó de la relación o del espacio donde ocurrió la violencia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Acudió a medicina tradicional 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. No hizo nada en ese momento 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>k. No sabía que podía hacer algo o a dónde acudir 1 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p> <p>l. Prefiere no responder 2 <input type="checkbox"/> → Pase 341</p>
340	<p><i>*sobre el listado de las opciones seleccionadas en la pregunta anterior</i></p> <p>¿Cuál considera que fue la acción más eficaz para resolver el problema, reducir la violencia o sus efectos?</p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>	<p>Listado de opciones seleccionadas _____ 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores 2 <input type="checkbox"/></p>
341	<p>En los últimos 24 meses ¿La han tocado o manoseado sin su consentimiento?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 344</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 344</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 344</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 344</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> Pase 344</p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> Pase 344</p>

342	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de tocamientos o manoseo</i> ¿Quién o quiénes la han tocado o manoseado sin su consentimiento?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
343	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de tocamientos o manoseo</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
344	<p>En los últimos 24 meses ¿Se ha sentido incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 347</i></p>
345	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de miradas incómodas o morbosas</i> ¿Quién o quiénes la han hecho sentir incómoda, desnudada o morboseada con la mirada?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padraastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
346	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de miradas incómodas o morbosas</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>

347	En los últimos 24 meses le han hecho comentarios obscenos sobre su apariencia física con contenido sexual que le generaron incomodidad	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 350</i>
348	<i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de comentarios obscenos</i> ¿Quién o quiénes le hicieron comentarios obscenos sobre su apariencia física con contenido sexual que le generaron incomodidad?	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>
349	<i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de comentarios obscenos</i> ¿En dónde ocurrió?	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines...) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/> _____	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines...) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/> _____	En su hogar 1 <input type="checkbox"/> En la calle 2 <input type="checkbox"/> En su trabajo 3 <input type="checkbox"/> En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/> En el transporte público 6 <input type="checkbox"/> En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/> En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/> En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/> En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cines...) 10 <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/> _____
350	En los últimos 24 meses, ¿Alguien se mostró protector o protectora con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i> No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 353</i>
351	<i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual bajo un preabierto de protección</i> ¿Quién o quiénes se mostraron protectores con usted y luego tuvo comportamientos sexuales que le molestaron o incomodaron?	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>	Madre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 <input type="checkbox"/> Madrastra 3 <input type="checkbox"/> Padrastro 4 <input type="checkbox"/> Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/> Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/> Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/> Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/> Pareja actual 9 <input type="checkbox"/> Expareja 10 <input type="checkbox"/> Jefe 11 <input type="checkbox"/> Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/>  Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/>  Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/>

352	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de violencia sexual bajo un preabierto de protección</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
353	<p>En los últimos 24 meses ¿Ha recibido insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen incomodidad?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 356</i></p>
354	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de acoso sexual insistente</i> ¿Quién o quiénes le hicieron insinuaciones, regalos o invitaciones con fines sexuales de manera insistente que le molesten o le generen incomodidad?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
355	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de acoso sexual insistente</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
356	<p>En los últimos 24 meses ¿Ha recibido imágenes o videos no solicitados con contenido sexual?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 359</i></p>

357	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de recepción de contenido sexual no solicitado</i></p> <p>¿Quién o quiénes enviaron imágenes o videos no solicitados con contenido sexual?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
359	<p>En los últimos 24 meses ¿Le silbaron, susurraron o le hicieron sonidos no deseados?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 362</i></p>
360	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de recepción de silbidos, susurros o sonidos no deseados</i></p> <p>¿Quién o quiénes le silbaron, susurraron o le hicieron sonidos no deseados?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>

361	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de recepción de silbidos, susurros o sonidos no deseados</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
362	<p>En los últimos 24 meses ¿Alguna persona la ha seguido, vigilado o perseguido de manera insistente?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 365</i></p>
363	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de seguimiento, vigilancia o persecución insistente</i> ¿Quién o quiénes la ha seguido, vigilado o perseguido de manera insistente?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
364	<p><i>*para quienes responden sí en la pregunta de victimización de seguimiento, vigilancia o persecución insistente</i> ¿En dónde ocurrió?</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>En su hogar 1 <input type="checkbox"/></p> <p>En la calle 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En su trabajo 3 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro educativo 4 <input type="checkbox"/></p> <p>En un parque o espacio deportivo 5 <input type="checkbox"/></p> <p>En el transporte público 6 <input type="checkbox"/></p> <p>En un vehículo particular 7 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro de salud 8 <input type="checkbox"/></p> <p>En una institución del Estado (CAI, Comisaría de Familia, Secretaría de Movilidad, etc.) 9 <input type="checkbox"/></p> <p>En entornos culturales (teatros, bibliotecas, cinesmas..) 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿Cuál?: 11 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
365	<p>En los últimos 24 meses ¿Durante una consulta ginecológica (como citología, asesoría anticonceptiva o control de salud sexual y reproductiva), sintió que fue tratada con violencia, discriminación o falta de respeto hacia su cuerpo o sus decisiones?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>No ha tenido consultas ginecológicas 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/>  </p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>No ha tenido consultas ginecológicas 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/>  </p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>No ha tenido consultas ginecológicas 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 367</i></p>

366	<p><i>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior...</i></p> <p>En los últimos 24 meses ¿cuáles de las siguientes situaciones experimentó en una consulta ginecológica?</p>	<p>a. No le preguntaron si deseaba ser atendida por personal del mismo género 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron la posibilidad de ser atendida por una profesional mujer, pese a solicitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron procedimientos sin explicarle ni pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recibió comentarios humillantes, culpabilizadores o sobre su cuerpo y decisiones reproductivas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Sintió dolor innecesario o fue tratada con brusquedad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No se respetó su privacidad ni su intimidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Fue discriminada por su edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria, condición socioeconómica u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Procedimientos médicos realizados con negligencia que hayan generado afectaciones físicas o psicológicas 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No le preguntaron si deseaba ser atendida por personal del mismo género 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron la posibilidad de ser atendida por una profesional mujer, pese a solicitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron procedimientos sin explicarle ni pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recibió comentarios humillantes, culpabilizadores o sobre su cuerpo y decisiones reproductivas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Sintió dolor innecesario o fue tratada con brusquedad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No se respetó su privacidad ni su intimidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Fue discriminada por su edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria, condición socioeconómica u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Procedimientos médicos realizados con negligencia que hayan generado afectaciones físicas o psicológicas 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No le preguntaron si deseaba ser atendida por personal del mismo género 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron la posibilidad de ser atendida por una profesional mujer, pese a solicitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron procedimientos sin explicarle ni pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Recibió comentarios humillantes, culpabilizadores o sobre su cuerpo y decisiones reproductivas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Sintió dolor innecesario o fue tratada con brusquedad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. No se respetó su privacidad ni su intimidad 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Fue discriminada por su edad, etnia, orientación sexual, identidad de género, situación migratoria, condición socioeconómica u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Procedimientos médicos realizados con negligencia que hayan generado afectaciones físicas o psicológicas 1 <input type="checkbox"/></p>
367	<p>Si en los últimos 24 meses estuvo embarazada, durante su embarazo, ¿vivió situaciones de maltrato, discriminación o falta de respeto en los controles prenatales?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>No ha estado embarazada ni ha tenido controles prenatales en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>No ha estado embarazada ni ha tenido controles prenatales en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>No ha estado embarazada ni ha tenido controles prenatales en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>
368	<p><i>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior...</i></p> <p>En los últimos 24 meses ¿cuáles de las siguientes situaciones experimentó en un control prenatal?</p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto y el posparto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le explicaron claramente su estado de salud o el del feto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron exámenes o procedimientos sin pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. El personal de salud la trató con indiferencia, maltrato verbal o desdén 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No pudo expresar dudas, miedos o preocupaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada por su edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No le ofrecieron atención psicológica o emocional cuando la necesitaba 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. No le informaron sobre la Ley de parto Digno y Humanizado y su derecho a la creación de un plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No le permitieron un acompañamiento vinculando sus prácticas ancestrales (partera, armonizaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto y el posparto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le explicaron claramente su estado de salud o el del feto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron exámenes o procedimientos sin pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. El personal de salud la trató con indiferencia, maltrato verbal o desdén 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No pudo expresar dudas, miedos o preocupaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada por su edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No le ofrecieron atención psicológica o emocional cuando la necesitaba 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. No le informaron sobre la Ley de parto Digno y Humanizado y su derecho a la creación de un plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No le permitieron un acompañamiento vinculando sus prácticas ancestrales (partera, armonizaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto y el posparto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le explicaron claramente su estado de salud o el del feto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le realizaron exámenes o procedimientos sin pedir su consentimiento 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. El personal de salud la trató con indiferencia, maltrato verbal o desdén 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No pudo expresar dudas, miedos o preocupaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada por su edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. No le ofrecieron atención psicológica o emocional cuando la necesitaba 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. No le informaron sobre la Ley de parto Digno y Humanizado y su derecho a la creación de un plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. No le permitieron un acompañamiento vinculando sus prácticas ancestrales (partera, armonizaciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p>

369	En los últimos 24 meses durante el trabajo de parto o el parto, ¿vivió alguna situación que haya sentido como maltrato, negligencia o irrespeto hacia su cuerpo o sus decisiones?	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>No ha estado en trabajo de parto en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>	<p>a. Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>c. No ha estado en trabajo de parto en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>d. Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>	<p>a. Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 371</i></p> <p>c. No ha estado en trabajo de parto en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p> <p>d. Prefiere no responder 4 <input type="checkbox"/> <i>Pase 373</i></p>
370	<p><i>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior...</i></p> <p>En los últimos 24 meses ¿cuáles de las siguientes situaciones experimentó durante el parto?</p>	<p>a. Le practicaron procedimientos (como cesárea, episiotomía, ligadura de trompas, etc.) sin su consentimiento informado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le permitieron estar acompañada por alguien de su confianza 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le impusieron una posición o le aceleraron el parto sin explicarle ni consultarla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. La separaron de su bebé sin justificación médica clara 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Fue discriminada por su edad, su nacionalidad, condición étnica, socioeconómica o migratoria. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue gritada, regañada o tratada con desprecio. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Recibió burlas o comentarios ofensivos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Fue juzgada por su vida sexual o su embarazo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Se le negó o retrasó la atención sin justificación. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Ignoraron su dolor, sus preguntas o su malestar. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Fue amarrada a la camilla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. No fueron respetadas sus prácticas ancestrales (acompañamiento por partería y medicina tradicional, devolución de la placenta, tiempo para cortar el cordón umbilical, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. No fue respetado su plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Hubo mala praxis o negligencia por parte del personal de salud y esto le generó afectaciones del personal de salud y esto le generó afectaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Le practicaron procedimientos (como cesárea, episiotomía, ligadura de trompas, etc.) sin su consentimiento informado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le permitieron estar acompañada por alguien de su confianza 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le impusieron una posición o le aceleraron el parto sin explicarle ni consultarla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. La separaron de su bebé sin justificación médica clara 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Fue discriminada por su edad, su nacionalidad, condición étnica, socioeconómica o migratoria. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue gritada, regañada o tratada con desprecio. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Recibió burlas o comentarios ofensivos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Fue juzgada por su vida sexual o su embarazo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Se le negó o retrasó la atención sin justificación. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Ignoraron su dolor, sus preguntas o su malestar. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Fue amarrada a la camilla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. No fueron respetadas sus prácticas ancestrales (acompañamiento por partería y medicina tradicional, devolución de la placenta, tiempo para cortar el cordón umbilical, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. No fue respetado su plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Hubo mala praxis o negligencia por parte del personal de salud y esto le generó afectaciones del personal de salud y esto le generó afectaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Le practicaron procedimientos (como cesárea, episiotomía, ligadura de trompas, etc.) sin su consentimiento informado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No le permitieron estar acompañada por alguien de su confianza 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Le impusieron una posición o le aceleraron el parto sin explicarle ni consultarla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. La separaron de su bebé sin justificación médica clara 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Fue discriminada por su edad, su nacionalidad, condición étnica, socioeconómica o migratoria. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue gritada, regañada o tratada con desprecio. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Recibió burlas o comentarios ofensivos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Fue juzgada por su vida sexual o su embarazo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Se le negó o retrasó la atención sin justificación. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Ignoraron su dolor, sus preguntas o su malestar. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>k. Fue amarrada a la camilla 1 <input type="checkbox"/></p> <p>l. No fueron respetadas sus prácticas ancestrales (acompañamiento por partería y medicina tradicional, devolución de la placenta, tiempo para cortar el cordón umbilical, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>m. No fue respetado su plan de parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>n. Hubo mala praxis o negligencia por parte del personal de salud y esto le generó afectaciones del personal de salud y esto le generó afectaciones 1 <input type="checkbox"/></p> <p>o. Otra 1 <input type="checkbox"/></p>
371	En los últimos 24 meses, después del parto, ¿sintió que no recibió una atención adecuada, oportuna o respetuosa para su recuperación física o emocional?	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p>	<p>a. Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p> <p>c. No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p>	<p>a. Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p> <p>c. No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 373</i></p>

372	<p>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior...</p> <p>En los últimos 24 meses ¿cuáles de las siguientes situaciones experimentó durante el posparto?</p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron o retrasaron la atención médica ante complicaciones posparto (dolor persistente, hemorragias, infecciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No le ofrecieron acompañamiento psicológico o emocional a pesar de necesitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Minimizaron o desatendieron sus síntomas o preocupaciones de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Tuvo dificultades para acceder a controles posparto por razones administrativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada o maltratada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Si módulo B pg 33 &gt; 0 pase a pg 373, de lo contrario pase a 377</p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron o retrasaron la atención médica ante complicaciones posparto (dolor persistente, hemorragias, infecciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No le ofrecieron acompañamiento psicológico o emocional a pesar de necesitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Minimizaron o desatendieron sus síntomas o preocupaciones de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Tuvo dificultades para acceder a controles posparto por razones administrativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada o maltratada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Si módulo B pg 33 &gt; 0 pase a pg 373, de lo contrario pase a 377</p>	<p>a. No le informaron sobre posibles secuelas físicas o emocionales del parto 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Le negaron o retrasaron la atención médica ante complicaciones posparto (dolor persistente, hemorragias, infecciones, etc.) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No le ofrecieron acompañamiento psicológico o emocional a pesar de necesitarlo 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Minimizaron o desatendieron sus síntomas o preocupaciones de salud 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Tuvo dificultades para acceder a controles posparto por razones administrativas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Fue discriminada o maltratada por su edad, pertenencia étnico-racial, nacionalidad u otra 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Si módulo B pg 33 &gt; 0 pase a pg 373, de lo contrario pase a 377</p>
373	¿Tiene hijas o hijos de 19 años o menos?	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 377</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 377</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 377</i></p>
374	<p>* Para quien responde que sí tiene hij@s de 19 años o menos</p> <p>En los últimos 24 meses, alguna de sus parejas sentimentales alguna vez... f. La amenazó con quitarle sus hijos(as)</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 98 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 98 <input type="checkbox"/></p>
375	<p>* Para quien responde que sí tiene hij@s de 19 años o menos</p> <p>En los últimos 24 meses, ¿vivió alguna situación donde una persona con la que ha tenido o tiene una relación de pareja, ha amenazado con hacerle daño o le ha hecho daño a sus hijas(os) o seres queridos para controlarla o castigarla?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>
376	<p>* Para quien responde que sí tiene hij@s de 19 años o menos</p> <p>En los últimos 24 meses, ¿ha sentido miedo de perder la custodia de hijas(os)?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No aplica 4 <input type="checkbox"/></p>
377	<p>En los últimos 24 meses, ¿vivió alguna situación donde una persona con la que ha tenido o tiene una relación de pareja ha amenazado con hacerle daño o le ha hecho daño a sus animales de compañía para controlarla o castigarla?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>No tengo animales de compañía 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No tengo animales de compañía 4 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. No responde 3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No tengo animales de compañía 4 <input type="checkbox"/></p>
378	<p>En los últimos 24 meses, ¿la han hecho sentir mal por su apariencia física o forma de vestir?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 380</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 380</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 380</i></p>

379	<p><i>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior...</i></p> <p>¿Quién o quiénes la han hecho sentir mal por su apariencia física o forma de vestir?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastro 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
380	<p>En los últimos 24 meses, ¿Alguna autoridad, funcionario(a) o trabajador(a) de una entidad pública o privada que garantice un derecho fundamental la ha tratado de forma violenta, humillante o discriminatoria cuando buscó atención o ayuda? (En un CAI, juzgado, EPS, colegio, centro de salud, entidad migratoria, etc.)</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No tuve contacto con ninguna autoridad, funcionario(a) o trabajador(a) de una entidad pública o privada que garantice un derecho fundamental en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No tuve contacto con ninguna autoridad, funcionario(a) o trabajador(a) de una entidad pública o privada que garantice un derecho fundamental en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No tuve contacto con ninguna autoridad, funcionario(a) o trabajador(a) de una entidad pública o privada que garantice un derecho fundamental en los últimos 24 meses 3 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>pase 383</i></p>
381	<p>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior... ¿Qué tipo de agresión o agresiones sufrió en esa institución?</p>	<p>a. Negligencia o no atención 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Trato humillante o burlas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Negación injustificada de un derecho o servicio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Discriminación por ser mujer, por su orientación sexual, identidad de género, etnia, migración u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Amenazas o intimidación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Otro, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Negligencia o no atención 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Trato humillante o burlas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Negación injustificada de un derecho o servicio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Discriminación por ser mujer, por su orientación sexual, identidad de género, etnia, migración u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Amenazas o intimidación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Otro, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Negligencia o no atención 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Trato humillante o burlas 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Negación injustificada de un derecho o servicio 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Discriminación por ser mujer, por su orientación sexual, identidad de género, etnia, migración u otra condición 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Amenazas o intimidación 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Otro, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p>

382	<p>Para quienes respondieron sí en la pregunta de victimización de violencia institucional ¿En qué tipo de institución o instituciones ocurrió ese maltrato o discriminación?</p>	<p>a. Policía o fuerza pública 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Super CADE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Comisaría de familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Fiscalía o juzgado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Institución de salud (EPS, hospital, etc.). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Institución educativa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Entidad migratoria 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Entornos culturales como bibliotecas, teatros, casas de cultura, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Atención a la ciudadanía (Secretaría de gobierno, Secretaría de la Mujer, Movilidad...) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Otra, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>a. Policía o fuerza pública 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Super CADE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Comisaría de familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Fiscalía o juzgado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Institución de salud (EPS, hospital, etc.). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Institución educativa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Entidad migratoria 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Entornos culturales como bibliotecas, teatros, casas de cultura, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Atención a la ciudadanía (Secretaría de gobierno, Secretaría de la Mujer, Movilidad...) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Otra, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>	<p>a. Policía o fuerza pública 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Super CADE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Comisaría de familia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Fiscalía o juzgado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Institución de salud (EPS, hospital, etc.). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Institución educativa 1 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Entidad migratoria 1 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Entornos culturales como bibliotecas, teatros, casas de cultura, etc. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>i. Atención a la ciudadanía (Secretaría de gobierno, Secretaría de la Mujer, Movilidad...) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>j. Otra, ¿Cuál?: 1 <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p>
383	<p>En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez ha recibido mensajes ofensivos, controladores o amenazantes por medios digitales?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 385</i></p>
384	<p>Para quienes respondieron sí en la pregunta anterior... ¿Quién o quiénes le enviaron mensajes ofensivos, controladores o amenazantes por medios digitales?</p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>	<p>Madre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Padre 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Madrastra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Padrastra 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Hijo(s) / hijastro(s) 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Hija(s) / hijastra(s) 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Amigo(s) / compañeros de apartamento 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Amiga(s) / compañeras de apartamento 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja actual 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Expareja 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Jefe 11 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona pariente suya 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona conocida (vecinos/as, profesores/as, líderes religiosos/as) 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra persona desconocida 14 <input type="checkbox"/></p>
385	<p>En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez ha sido víctima de suplantación de identidad en redes sociales?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p> <p>No responde 98 <input type="checkbox"/> <i>Pase 387</i></p>
386	<p>En los últimos 24 meses, ¿ha sido víctima de alguno de los siguientes hechos en los que se haya usado tecnología (como inteligencia artificial o edición digital) para afectar su imagen, privacidad o reputación?</p>	<p>a. Han creado o difundido imágenes falsas o manipuladas (montajes, "deepfakes") con mi rostro o cuerpo, sin mi consentimiento. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Han usado mi imagen real en contextos falsos o engañosos para perjudicarme. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Han creado videos, audios o publicaciones falsas simulando que soy yo (por ejemplo, con mi voz o apariencia digital). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No he sido víctima de este tipo de hechos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No sabe / Prefiere no responder. 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Han creado o difundido imágenes falsas o manipuladas (montajes, "deepfakes") con mi rostro o cuerpo, sin mi consentimiento. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Han usado mi imagen real en contextos falsos o engañosos para perjudicarme. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Han creado videos, audios o publicaciones falsas simulando que soy yo (por ejemplo, con mi voz o apariencia digital). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No he sido víctima de este tipo de hechos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No sabe / Prefiere no responder. 1 <input type="checkbox"/></p>	<p>a. Han creado o difundido imágenes falsas o manipuladas (montajes, "deepfakes") con mi rostro o cuerpo, sin mi consentimiento. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Han usado mi imagen real en contextos falsos o engañosos para perjudicarme. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Han creado videos, audios o publicaciones falsas simulando que soy yo (por ejemplo, con mi voz o apariencia digital). 1 <input type="checkbox"/></p> <p>d. No he sido víctima de este tipo de hechos. 1 <input type="checkbox"/></p> <p>e. No sabe / Prefiere no responder. 1 <input type="checkbox"/></p>
<b>Responden todas las personas</b>				
<p>En una escala de 1 a 5, donde 1 es TOTALMENTE EN DESACUERDO y 5 TOTALMENTE DE ACUERDO, ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes frases?:</p>				

1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	-----------------------------------	---------------	--------------------------

387	Se justifica pegarle a la pareja cuando ha sido infiel.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
388	Es normal que los hombres no dejen salir sola a su pareja.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
389	Es normal que un hombre grite o insulte si está muy enojado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
390	Ignorar a alguien o tratarlo con indiferencia es una forma válida de mostrar molestia.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
391	Cumplir con las expectativas sexuales de la pareja es parte del compromiso dentro de una relación.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
392	Decirle un piropo a una mujer en la calle es una forma de admiración que hace parte de nuestra cultura y, en general, no tiene mala intención.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
393	Está bien que un hombre prohíba a su pareja gastar dinero aunque ella lo haya ganado.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
394	Cuando hay separación, es justo que el hombre se quede con la mayoría de los bienes si fue quien más aportó.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
395	Cuando una mujer no se arregla, da la impresión de que no se valora a sí misma o de que es poco femenina.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
396	Una mujer debería esforzarse por mantener su apariencia física para agradar a su pareja.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
397	Las mujeres no deberían quejarse ni incomodarse en una consulta ginecológica, porque el médico sabe lo que hace y todo es por su bien.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
398	Una madre debería quedarse en la relación para no arriesgar la custodia de sus hij@s o la convivencia con ell@s.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
399	En una relación, es normal que la pareja revise el celular o redes sociales del otro.	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
400	Una mujer que se viste vulgar, o no se respeta o está buscando algo	1 2 3 4 5 <i>Si capítulo B pg 25 =2 ó 4 pase a pg 401 de lo contrario termine</i>	1 2 3 4 5 <i>Si capítulo B pg 25 =2 ó 4 pase a pg 401 de lo contrario termine</i>	1 2 3 4 5 <i>Si capítulo B pg 25 =2 ó 4 pase a pg 401 de lo contrario termine</i>
401	<i>*Pregunta solo para mujeres</i> ¿Alguna vez participó en talleres, clases, o capacitaciones relacionadas con violencias contra las mujeres?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>





90

90

90

95

95

95

01

01

01



13

13

13



21

21

21

25

25

25

30

30

30



41

41

41