



601	Voy a leerle algunas frases. Dígame si está de acuerdo o no con cada una de ellas ( <i>continuación</i> )	e. La agresión física a veces es necesaria para poner fin a un problema: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		f. Si uno no responde a una agresión física es un cobarde: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		g. La agresión física es cuestión de tragos: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		h. El que agrede físicamente tiene más poder que los otros: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		i. Hay situaciones en las cuales se justifica que un hombre le dé una cachetada a su esposa o compañera: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		j. La agresión física entre miembros de la familia es un asunto privado: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		k. La agresión física debe ser delito <b>sólo</b> si se le pega a alguien que no es familiar: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		l. La agresión física sólo ocurre entre la población más pobre De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
		m.: El que agrede físicamente a otros está enfermo: De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>
602	Cuando usted estaba creciendo, es decir ANTES DE LOS 18 AÑOS, ¿alguna vez lo castigaron físicamente en su hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 3 <input type="checkbox"/>
603	¿Sus padres se agredían físicamente entre sí?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 3 <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES DE AGRESIÓN					
604	Ahora, vamos a hablar de las agresiones físicas que usted haya podido recibir en el ÚLTIMO AÑO, contado hasta hoy . Cuando me responda, piense en las agresiones que cualquier persona le pudo haber hecho, incluyendo parientes y no parientes.				
		<b>Sí</b>	<b>No</b>		
		<b>No responde</b>			
	a. Empujado o zarandeado:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	b. Golpeado con objeto duro:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	c. Mordido:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	d. Puñeteado, pateado o arrastrado:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	e. Amenazado con cuchillo, arma de fuego u otra arma:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	f. Atacado con cuchillo, arma de fuego u otra arma:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
	g. Tratado de estrangular o quemar:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
h. Quemado:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
i. Violado o forzado sexualmente:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		
605	¿Cuántas veces en el ÚLTIMO AÑO, lo(a) han agredido físicamente en cualquiera de sus formas?	_ _ _ _	<b>Cero (0) veces <input type="checkbox"/> → XI</b>		
611	En la última agresión física, usted fue:	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No responde</b>	
		a. Empujado o zarandeado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		b. Golpeado con objeto duro:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		c. Mordido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		d. Puñeteado, pateado o arrastrado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		e. Amenazado con cuchillo, arma de fuego u otra arma:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		f. Atacado con cuchillo, arma de fuego u otra arma:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		g. Tratado de estrangular o quemar:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		h. Quemado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		i. Violado o forzado sexualmente:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
612	¿Qué relación tiene usted con la persona que lo agredió físicamente la última vez? (lea las alternativas)	Es su Padre/ padrastro	1 <input type="checkbox"/>		
		Es su Madre/ madrastra	2 <input type="checkbox"/>		
		Es su Herman@/ hermanastr@	3 <input type="checkbox"/>		
		Es su Espos@/ Compañer@	4 <input type="checkbox"/>		
		Es su Exespos@/excompañer@/Exnovi@	5 <input type="checkbox"/>		
		Es su Novio(a)	6 <input type="checkbox"/>		
		Es su Hijo/hija	7 <input type="checkbox"/>		
		Es su Pariente	8 <input type="checkbox"/>		
		Es su Amigo	9 <input type="checkbox"/>		
		Es otra persona conocida	10 <input type="checkbox"/>		
		Es otra persona desconocida	11 <input type="checkbox"/>		
		No responde	12 <input type="checkbox"/>		
613	La persona que le agredió la última vez, ¿había consumido ...?	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	
		a. Alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b. Droga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	

		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
<b>614</b>	¿Usted había consumido alcohol o alguna droga cuando la agredieron la última vez?	a. Alcohol 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		b. Droga 1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>615</b>	← ENTREVISTADOR@: Revise 611, para la última agresión ¿En alguna opción de la “a” a la “i” marcó sí?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → XI
<b>616</b>	¿Buscó atención de un médico o enfermera u otro profesional de salud por las lesiones causadas en la última agresión física?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 619	No tuvo lesiones 3 <input type="checkbox"/> → 620
<b>617</b>	¿Adónde fue usted para el tratamiento de las lesiones sufridas en la última agresión?	Hospital, clínica del gobierno 1 <input type="checkbox"/>	Centro o puesto de salud del gobierno 2 <input type="checkbox"/>	Hospital o clínica privada 3 <input type="checkbox"/>
		Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS) 4 <input type="checkbox"/>	Consultorio o médico particular 5 <input type="checkbox"/>	En el hogar por parte de un profesional de salud 6 <input type="checkbox"/>
		En el trabajo, estudio u otro espacio por parte de un profesional de salud 7 <input type="checkbox"/>	En una droguería por parte de un profesional de salud (no el farmaceuta) 8 <input type="checkbox"/>	
<b>618</b>	¿Quién pagó la mayor parte de los gastos del tratamiento recibido por las lesiones sufridas en la última agresión física?	La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social 1 <input type="checkbox"/>	Plan de medicina prepagada, o seguro privado 2 <input type="checkbox"/>	SOAT 3 <input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud o alcaldía (vinculados) 4 <input type="checkbox"/>	Usted o alguien de su hogar con recursos propios 5 <input type="checkbox"/>	Otra persona con recursos propios 6 <input type="checkbox"/> } 620
		Patrón o empleador 7 <input type="checkbox"/>	No se requirió pago 8 <input type="checkbox"/>	Entidad por fuera del sistema de seguridad Social, por ejemplo ONG 9 <input type="checkbox"/>
		Quien lo(a) agredió 10 <input type="checkbox"/>		

619	¿Cuál fue la principal razón por la cual no buscó atención de un médico o enfermera u otro profesional de salud para las lesiones sufridas en la última agresión física? <i>(espere respuesta)</i>	Le hacen esperar mucho para atenderlo	1 <input type="checkbox"/>
		Descuido	2 <input type="checkbox"/>
		El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	3 <input type="checkbox"/>
		El seguro no cubría, no le autorizaron la atención	4 <input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	5 <input type="checkbox"/>
		La consulta es muy cara o no tenía dinero	6 <input type="checkbox"/>
		Le dio miedo o nervios	7 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	8 <input type="checkbox"/>
		Mala atención	9 <input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	10 <input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	11 <input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	12 <input type="checkbox"/>
		No le gusta ir	13 <input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	14 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio	15 <input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	16 <input type="checkbox"/>
		Pensó que no era necesario consultar	17 <input type="checkbox"/>
		Sitio de atención es muy lejano	18 <input type="checkbox"/>
		Porque se sentía inseguro	19 <input type="checkbox"/>
		No existe intimidad o reserva de información	20 <input type="checkbox"/>
		Alguna persona no le permitió consultar	21 <input type="checkbox"/>
		No quería afectar a nadie	22 <input type="checkbox"/>
		Le daba pena	23 <input type="checkbox"/>
620	Después de la última agresión física, ¿usted denunció ante alguna autoridad a la persona que le hizo daño?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 623
		<b>No, era un desconocido</b>	3 <input type="checkbox"/> → XI
621	¿Ante qué autoridad denunció la agresión física? <i>(espere respuesta, puede marcar varias opciones)</i>	a Policía	1 <input type="checkbox"/>
		b Fiscalía	1 <input type="checkbox"/>
		c Juzgado	1 <input type="checkbox"/>
		d Comisaría de familia	1 <input type="checkbox"/>
		e Medicina Legal	1 <input type="checkbox"/>
		f. Personería	1 <input type="checkbox"/>
		g. Juez de Paz	1 <input type="checkbox"/>
		g Otra. ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/>
		No responde	2 <input type="checkbox"/>
621.a	¿Cómo resultado de la denuncia, el nivel de agresión física ...? <i>(lea alternativas)</i>	Cesó	1 <input type="checkbox"/>
		Disminuyó	2 <input type="checkbox"/>
		Siguió igual	3 <input type="checkbox"/>
		Aumentó	4 <input type="checkbox"/>
622	¿Además de lo anterior, qué otro resultado trajo la denuncia? <i>(lea cada alternativa)</i>	a. Sancionaron al agresor	1 <input type="checkbox"/>
		b. Le prohibieron al agresor acercarse	1 <input type="checkbox"/>
		c. Comenzaron o aumentaron agresiones NO FÍSICAS como verbales, de gestos, etc	1 <input type="checkbox"/>
		d. No me deja ver al niño@	1 <input type="checkbox"/>
		e. Se redujo contacto sexual	1 <input type="checkbox"/>
		f. Disminuyó aporte económico	1 <input type="checkbox"/>
		g. Otra. ¿Cuál? _____	1 <input type="checkbox"/>

<b>623</b>	¿Cuáles son las razones por las cuales usted no ha denunciado a la persona que le hizo daño? <i>(Espera la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a. No sabe a dónde ir <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> b. Vergüenza o humillación <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> c. Es parte de la vida <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> d. Siente que merece la agresión <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> e. Miedo a nuevas agresiones <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> f. Amenazas <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> g. Siente que los daños no fueron fuertes <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> h. No quiere dañar a quien lo agredió <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> i. Lo puede resolver por sí mismo <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> j. No cree en la justicia - no pasa nada <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> k. Ha tenido experiencias negativas al denunciar <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> l. Cree que no va a volver a ocurrir <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> m. No lo considera necesario <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> n. Por evitar problemas mayores <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> o. Le aconsejaron no hacer nada <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span>
------------	---	---

### XI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

A continuación hay unas preguntas acerca de su actividad sexual, sé que estas preguntas son muy personales y por tanto le recuerdo que esta información es confidencial y sólo será usada para la ENS.

<b>1102</b>	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	SÍ <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/> → 1123</span> No responde <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/> → 1123</span>
<b>1103</b>	¿Recuerda cuántos años cumplidos tenía cuando tuvo su primera relación sexual?	SÍ recuerda <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> ¿cuántos?  __ __  Años cumplidos No recuerda <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> No responde <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span>
<b>1104</b>	¿Sabe cuántos años tenía aproximadamente la persona con la que tuvo su primera relación sexual?	Si sabe <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> ¿cuántos?  __ __  Años aproximados No sabe <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span> No responde <span style="float: right;">3 <input type="checkbox"/></span>
<b>1105</b>	¿Ha oído hablar del condón?	SÍ <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/> → 1108</span>
<b>1106</b>	En esa primera relación sexual, ¿usaron condón?	SÍ <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> No <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span>
<b>1107</b>	Si alguna persona le solicita el uso del condón para tener una relación sexual, ¿cuáles piensa usted que son las razones para esta solicitud? <i>(Espere la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a. Que ha sido promiscuo <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> b. Que sospecha de su conducta <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> c. Que está infectado por VIH <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> d. Que está infectado por otra ITS <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> e. Que se quiere proteger /por seguridad <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> f. Que lo(a) quiere proteger <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> g. Que es normal <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> h. Que desea planificar <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> i. Quiere causar buena impresión <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> j. Que tiene curiosidad <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> k. Que busca mayor placer <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/></span> No sabe <span style="float: right;">2 <input type="checkbox"/></span>

1108	¿Hace cuánto tiempo usted tuvo relaciones sexuales por última vez?	_____	Días	1 <input type="checkbox"/>
			Semanas	2 <input type="checkbox"/>
			Meses	3 <input type="checkbox"/>
			Años	4 <input type="checkbox"/>
			No responde	5 <input type="checkbox"/>
1109	← ENTREVISTADOR@: Revise 1105 y transcriba la respuesta allí registrada.			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/> → 1111
1110	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿usted (o su pareja) usó condón?			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/>
1111	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿consumió alguna bebida con alcohol como aguardiente, vino, ron, whisky o cerveza?			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/>
1112	La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿consumió alguna droga o estimulante?			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/>
1113	¿Cuál es su relación actual con la persona con quien tuvo su última relación sexual? (Lea las opciones)			
			Esposo(a)/ compañero(a)	1 <input type="checkbox"/>
			Exesposo(a)/excompañero(a)	2 <input type="checkbox"/>
			Novio(a)/ prometido(a)	3 <input type="checkbox"/>
			Amante/ Amigovio(a)	4 <input type="checkbox"/>
			Pariente	5 <input type="checkbox"/>
			Amigo(a)	6 <input type="checkbox"/>
			Ninguna, fue con un compañero(a) casual conocido, no amigo(a) ni novio (a)	7 <input type="checkbox"/>
			Ninguna, fue con compañero(a) casual desconocido	8 <input type="checkbox"/>
			Ninguna, fue con trabajador(a) sexual	9 <input type="checkbox"/>
			No responde	10 <input type="checkbox"/>
1114	¿Por cuánto tiempo ha tenido (o tuvo) usted relaciones sexuales con esa persona?	_____	Días	1 <input type="checkbox"/>
			Semanas	2 <input type="checkbox"/>
			Meses	3 <input type="checkbox"/>
			Años	4 <input type="checkbox"/>
			Sólo por una vez	5 <input type="checkbox"/>
			No responde	6 <input type="checkbox"/>
1115	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1108. ¿La última relación fue hace más de 6 meses?			Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1123
				No 2 <input type="checkbox"/>
1116	¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna persona diferente a la de la última vez, en los ÚLTIMOS 6 MESES?			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/> → 1123
1117	← ENTREVISTADOR@: Revise 1105 y transcriba la respuesta allí registrada.			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/> → 1119
1118	La última vez que tuvo relaciones sexuales con la persona a que se refirió en su anterior respuesta ¿usó condón?			Sí 1 <input type="checkbox"/>
				No 2 <input type="checkbox"/>

1119	¿Cuál es su relación actual con esa otra persona con la que ha tenido relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 6 MESES?	Esposo(a)/ compañero(a)	1	<input type="checkbox"/>	
		Exesposo(a)/excompañero(a)	2	<input type="checkbox"/>	
		Novio(a)/ prometido(a)	3	<input type="checkbox"/>	
		Amante/ Amigovio(a)	4	<input type="checkbox"/>	
		Pariente	5	<input type="checkbox"/>	
		Amigo(a)	6	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna, fue con un compañero(a) casual conocido, no amigo(a) ni novio (a)	7	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna, fue con compañero(a) casual desconocido	8	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna, fue con trabajador(a) sexual	9	<input type="checkbox"/>	
		No responde	10	<input type="checkbox"/>	
1120	¿Por cuánto tiempo ha tenido usted relaciones sexuales con esa otra persona?	_ _ _	Días	1	<input type="checkbox"/>
			Semanas	2	<input type="checkbox"/>
			Meses	3	<input type="checkbox"/>
			Años	4	<input type="checkbox"/>
			Sólo por una vez	5	<input type="checkbox"/>
			No responde	6	<input type="checkbox"/>
1121	En total, ¿con cuántas personas ha tenido usted relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 6 MESES, contados hasta hoy?	_ _ _			
1122	En total, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 30 DÍAS?	_ _			
<b>Ahora vamos a hablar de algunas enfermedades específicas:</b>					
1123	¿Usted ha oído hablar de enfermedades que se pueden transmitir a través de contacto sexual?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1141	
1124	¿Qué signos y síntomas le pueden hacer pensar a usted que un <b>hombre</b> tiene una infección de transmisión sexual? <i>(Espere la respuesta y marque todas las que mencione)</i>	a. Dolor abdominal	1	<input type="checkbox"/>	
		b. Secreción genital	1	<input type="checkbox"/>	
		c. Secreción mal oliente	1	<input type="checkbox"/>	
		d. Molestias al orinar/irritación	1	<input type="checkbox"/>	
		e. Enrojecimiento/picazón en el área genital	1	<input type="checkbox"/>	
		f. Inflamación/hinchazón	1	<input type="checkbox"/>	
		g. Úlceras o llagas	1	<input type="checkbox"/>	
		h. Verrugas genitales	1	<input type="checkbox"/>	
		i. Sangre en la orina	1	<input type="checkbox"/>	
		j. Dificultades/dolor/ardor para eyacular	1	<input type="checkbox"/>	
		k. Pérdida de peso	1	<input type="checkbox"/>	
		l. Dolor en los genitales	1	<input type="checkbox"/>	
		m. Bajas defensas	1	<input type="checkbox"/>	
		No hay síntomas que lo indiquen	2	<input type="checkbox"/>	
No sabe	3	<input type="checkbox"/>			



1125	¿Qué signos y síntomas le pueden hacer pensar a usted que una <b>mujer</b> tiene una infección de transmisión sexual? <i>(Espere respuesta y marque las que mencione)</i>	a. Dolor abdominal 1 <input type="checkbox"/> b. Secreción genital 1 <input type="checkbox"/> c. Secreción mal oliente 1 <input type="checkbox"/> d. Molestias al orinar o al tener relaciones 1 <input type="checkbox"/> e. Enrojecimiento/picazón en el área genital 1 <input type="checkbox"/> f. Inflamación/hinchazón 1 <input type="checkbox"/> g. Úlceras o llagas 1 <input type="checkbox"/> h. Verrugas genitales 1 <input type="checkbox"/> i. Sangre en la orina 1 <input type="checkbox"/> j. Pérdida de peso 1 <input type="checkbox"/> k. Incapacidad de dar a luz 1 <input type="checkbox"/> l. Dolor en los genitales 1 <input type="checkbox"/> m. Bajas defensas 1 <input type="checkbox"/> No hay síntomas que lo indiquen 2 <input type="checkbox"/> No sabe 3 <input type="checkbox"/>																									
1126	En el <b>ÚLTIMO AÑO</b> contado hasta hoy, <b>en la institución de salud</b> que usted utiliza o en la EPS/ARS en la que está afiliad@, ¿ha oído hablar de las infecciones o enfermedades de transmisión sexual?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No ha ido a la institución o no está afiliado 3 <input type="checkbox"/>																									
1127	En el <b>ÚLTIMO AÑO</b> ¿Le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1129 No responde 3 <input type="checkbox"/> → 1129																									
1128	¿Cuántas veces en el <b>ÚLTIMO AÑO</b> le hicieron ese diagnóstico?	_ _ _  → 1130																									
1129	Durante el <b>ÚLTIMO AÑO</b> , usted ha tenido síntomas como:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NResp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Alguna llaga o úlcera en sus genitales:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Algún flujo o secreción anormal:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Algún ardor o dolor al orinar o eyacular:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ganglios inflamados en las ingles:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Algún signo de ITS o enfermedad venérea:</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NResp	a. Alguna llaga o úlcera en sus genitales:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	b. Algún flujo o secreción anormal:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	c. Algún ardor o dolor al orinar o eyacular:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	d. Ganglios inflamados en las ingles:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	e. Algún signo de ITS o enfermedad venérea:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	<b>Pase a 1141</b>
	Sí	No	NResp																								
a. Alguna llaga o úlcera en sus genitales:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
b. Algún flujo o secreción anormal:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
c. Algún ardor o dolor al orinar o eyacular:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
d. Ganglios inflamados en las ingles:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
e. Algún signo de ITS o enfermedad venérea:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>																								
<b>Ahora vamos a hablar de la última vez que tuvo una ITS</b>																											
1130	¿Cómo adquirió la última infección de transmisión sexual?	Por relaciones sexuales con persona(s) infectadas 1 <input type="checkbox"/> Por contacto con alguien infectado sin tener relación sexual 2 <input type="checkbox"/> Por uso de baños públicos 3 <input type="checkbox"/> Por uso de silla u objetos usados por alguien infectado 4 <input type="checkbox"/> Por abuso sexual 5 <input type="checkbox"/> Por descuido o desaseo personal 6 <input type="checkbox"/> No sabe 7 <input type="checkbox"/>																									
1131	Cuando usted tuvo la última vez la ITS, ¿le informó sobre su infección a la(s) persona(s) con quien(es) tenía relaciones sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>																									

1132	Cuando usted tuvo la última ITS, ¿hizo alguna de las siguientes cosas para evitar infectar a la(s) persona(s) con quien(es) tenía relaciones sexuales?	a. Tomo o usó algún medicamento:	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Dejó de tener relaciones sexuales:	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1133	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Usó condón:	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Se aseó bien los genitales,	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Se rasuró los genitales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Eliminó ladillas, piojos o similares	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		g. Lavó su ropa y tendidos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1133	Cuando usted tuvo la última ITS, ¿buscó tratamiento o consejo?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 1140
1134	Principalmente, ¿A quién buscó para que le diera tratamiento o consejo? ( <i>espere respuesta</i> )	Médico		1 <input type="checkbox"/>
		Enfermera u otro personal de salud		2 <input type="checkbox"/>
		Médico alternativo: acupunturista, bioenergético		3 <input type="checkbox"/>
		Personal farmaceuta o de droguería		4 <input type="checkbox"/>
		Curandero, tegua, brujo o empírico		5 <input type="checkbox"/>
		Amigo, familiar vecino o conocido		6 <input type="checkbox"/>
		Pareja		7 <input type="checkbox"/>
1135	¿Dónde buscó el tratamiento o consejo de un médico o enfermera u otro profesional de salud?	Hospital, clínica del gobierno		1 <input type="checkbox"/>
		Centro o puesto de salud del gobierno		2 <input type="checkbox"/>
		Hospital o clínica privada		3 <input type="checkbox"/>
		Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)		4 <input type="checkbox"/>
		Consultorio médico particular		5 <input type="checkbox"/>
		En el hogar		6 <input type="checkbox"/>
		En el trabajo, estudio u otro espacio		7 <input type="checkbox"/>
		En una droguería		8 <input type="checkbox"/>
1136	Cuando buscó tratamiento o consejo médico por su ITS, ¿le realizaron algún examen de laboratorio?	Sí		1 <input type="checkbox"/>
		No		2 <input type="checkbox"/>
1137	Cuando buscó tratamiento o consejo médico por su ITS, ¿le formularon algún medicamento como inyecciones, pastillas o cremas?	Sí		1 <input type="checkbox"/>
		No		2 <input type="checkbox"/> → 1141
1138	¿Se tomó o aplicó todos los medicamentos que le recetó el médico?	Sí		1 <input type="checkbox"/>
		No		2 <input type="checkbox"/>
1139	Después de haberse aplicado el tratamiento, ¿volvió al médico para que le hiciera un control?	Sí		1 <input type="checkbox"/> → 1141
		No		2 <input type="checkbox"/> → 1141

1140	¿Cuál fue la principal razón para no buscar consejo o tratamiento de un médico o enfermera u otro profesional de salud? (espere respuesta)	Le hacen esperar mucho para atenderlo	1	<input type="checkbox"/>
		Descuido	2	<input type="checkbox"/>
		El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	3	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	4	<input type="checkbox"/>
		La consulta es muy cara o no tenía dinero	5	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	8	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	9	<input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	10	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no le autorizaron la atención	12	<input type="checkbox"/>
		No le gusta ir	13	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	14	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde prestan el servicio	15	<input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	16	<input type="checkbox"/>
		Pensó que no era necesario consultar	17	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención es muy lejano	18	<input type="checkbox"/>
		Le da pena/no sabe cómo consultar al doctor	19	<input type="checkbox"/>
		Ya sabe que hacer, porque le ha dado lo mismo antes	20	<input type="checkbox"/>
1141	¿Alguna vez usted ha oído sobre una enfermedad que se llama hepatitis B?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → XII
1142	¿Alguna vez le ha dicho un médico o profesional de la salud que usted estaba infectado con el virus de la Hepatitis B?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1143	¿Usted ha oído sobre una vacuna contra la hepatitis B?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → XII
1144	¿Alguna vez lo vacunaron contra la hepatitis B?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1148
		No sabe	3	<input type="checkbox"/> → XII
1145	¿En qué año lo vacunaron contra la hepatitis B?	No sabe	1	<input type="checkbox"/>
1146	¿Podría usted mostrarme el carné de vacunación?	Si tiene, visto	1	<input type="checkbox"/> → Cantidad de dosis
		Si tiene, no visto	2	<input type="checkbox"/> en el carné :       → XII
		No tiene carné	3	<input type="checkbox"/>
1147	¿Podría decirme cuántas inyecciones le aplicaron contra la hepatitis B?	Menos de 3	1	<input type="checkbox"/>
		Tres dosis	2	<input type="checkbox"/> } XII
		Más de tres dosis	3	<input type="checkbox"/>
		No recuerda	4	<input type="checkbox"/>

1148	¿Cuál es la principal razón por la que no se ha vacunado contra la hepatitis B? (Espere la respuesta)	No cree que la necesite	1	<input type="checkbox"/>
		No le cubrían o no autorizaron la vacuna	2	<input type="checkbox"/>
		No tiene dinero/ es muy costoso	3	<input type="checkbox"/>
		No le gusta la vacuna / duele/ lo enferma	4	<input type="checkbox"/>
		No sabe dónde aplican la vacuna	5	<input type="checkbox"/>
		Sitio de atención muy lejano	6	<input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no dispone de tiempo	7	<input type="checkbox"/>
		Cuando ha ido no hay vacuna	8	<input type="checkbox"/>
		Le hacen esperar mucho para atenderlo	9	<input type="checkbox"/>
		No tenía dónde acudir	10	<input type="checkbox"/>
		Descuido	11	<input type="checkbox"/>
		Fue pero no lo atendieron	12	<input type="checkbox"/>
		Le dio miedo, nervios o pena	13	<input type="checkbox"/>
		Mala atención	14	<input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	15	<input type="checkbox"/>
		No confía en quienes lo atienden o no cree que lo puedan ayudar	16	<input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	17	<input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía que vacunarse	18	<input type="checkbox"/>
		La religión se lo prohíbe	19	<input type="checkbox"/>

XII. CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN DE RIESGO Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH/SIDA				
1201	¿Usted ha oído hablar sobre...?	a. La infección por VIH:	Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2
		b. Una enfermedad llamada SIDA:	Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2
1201. a	← ENTREVISTADOR@: Revise la respuesta registrada en 1201. ¿Marcó por lo menos un Sí?		Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 → XIII
1202	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus del SIDA? (Espere respuesta y marque las que mencione)	a. No tener penetración en la relación sexual	1	<input type="checkbox"/>
		b. Abstenerse de tener relaciones sexuales	1	<input type="checkbox"/>
		c. Usar condón	1	<input type="checkbox"/>
		d. Ser fiel a la pareja o no ser promiscuo,	1	<input type="checkbox"/>
		e. Exigirle fidelidad a la pareja	1	<input type="checkbox"/>
		f. Evitar tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales	1	<input type="checkbox"/>
		g. Evitar tener relaciones sexuales con personas que tienen varios compañeros sexuales	1	<input type="checkbox"/>
		h. Evitar tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo	1	<input type="checkbox"/>

1202	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse con el virus del SIDA? <i>(Espere respuesta y marque las que mencione)</i>	i. Evitar relaciones sexuales con personas infectadas 1 <input type="checkbox"/> j. Evitar tener relaciones sexuales con personas que se inyectan drogas intravenosas 1 <input type="checkbox"/> k. Exigir transfusiones de sangre certificada 1 <input type="checkbox"/> l. Evitar compartir jeringas/aguja/cuchillas de afeitar 1 <input type="checkbox"/> m. No tener sexo anal u oral 1 <input type="checkbox"/> n. Evitar besos 1 <input type="checkbox"/> o. Evitar picadura de mosquito 1 <input type="checkbox"/> p. Buscar protección de curandero tradicional 1 <input type="checkbox"/> q. Usar óvulos, espermicidas, cremas vaginales 1 <input type="checkbox"/> r. Evitar compartir platos, cubiertos y comida con personas infectadas 1 <input type="checkbox"/> s. Proteger cortaduras y heridas abiertas del contacto con sangre, sémen o secreciones 1 <input type="checkbox"/> t. Usar implementos de protección en el trabajo 1 <input type="checkbox"/> u. No se puede hacer nada 2 <input type="checkbox"/> v. No sabe 3 <input type="checkbox"/>
1203	En el ÚLTIMO AÑO contado hasta hoy, ¿usted ha recibido información sobre el VIH/SIDA a través de la radio, la televisión, el periódico, Internet o, charlas informativas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1206
1204	¿A través de que medio(s) recibió usted información sobre VIH/SIDA en el ÚLTIMO AÑO? <i>(Marque todas las que mencione)</i>	a. Televisión 1 <input type="checkbox"/> b. Radio 1 <input type="checkbox"/> c. Periódico, revista, folleto 1 <input type="checkbox"/> d. Charla o conferencia 1 <input type="checkbox"/> e. Libro o artículo científico 1 <input type="checkbox"/> f. Internet 1 <input type="checkbox"/>
1205	La información que usted recibió en el ÚLTIMO AÑO sobre el VIH, tiene que ver con:	a. Situación actual de la enfermedad Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> b. Comportamientos y situaciones de riesgo Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> c. Cómo evitar infectarse con el VIH Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> d. Cómo se diagnóstica la infección Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> e. Tratamiento para la enfermedad: Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> f. Avances en investigación sobre VIH Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1206	Si un pariente suyo se llegara a enfermar por el virus del SIDA, ¿estaría usted dispuesto a cuidarlo en su propio hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No está seguro/depende/No sabe 3 <input type="checkbox"/>
1207	Voy a leerle varias frases. Por favor <b>cuénteme para cada una de ellas</b> si está de acuerdo o en desacuerdo:	<b>a. La persona que sabe que está infectada con el VIH/SIDA, debe informárselo a su(s) pareja(s):</b> De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/> <b>b. El patrón debería despedir a un trabajador porque tiene VIH/SIDA:</b> De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/> <b>c. La prueba de VIH debe ser un examen obligatorio cuando se está buscando trabajo:</b> De acuerdo 1 <input type="checkbox"/> Dudoso 2 <input type="checkbox"/> En desacuerdo 3 <input type="checkbox"/>

1207	<p>Voy a leerle varias frases. Por favor cuénteme para cada una de ellas si está de acuerdo o en desacuerdo: <i>(continuación)</i></p>	<p><b>d. Las personas infectadas por el VIH/SIDA no deberían tener más relaciones sexuales:</b></p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 1  Dudoso <input type="checkbox"/> 2  En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p> <p><b>e. El virus del VIH puede transmitirse de la madre embarazada al bebé:</b></p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 1  Dudoso <input type="checkbox"/> 2  En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p> <p><b>f. El VIH/SIDA es una enfermedad que le da sólo a los homosexuales y trabadores(as) sexuales:</b></p> <p>De acuerdo <input type="checkbox"/> 1  Dudoso <input type="checkbox"/> 2  En desacuerdo <input type="checkbox"/> 3</p>
1208	<p>¿Cómo calificaría usted las posibilidades que tiene de infectarse con el virus del VIH? <i>(lea opciones)</i></p>	<p>Ninguna <input type="checkbox"/> 1  Baja <input type="checkbox"/> 2  Regular <input type="checkbox"/> 3  Alta <input type="checkbox"/> 4  Muy alta <input type="checkbox"/> 5</p>
1209	<p>De las siguientes afirmaciones que le voy a presentar, sin que señale cuál, <b>dígame si al menos una es cierta</b> para usted:</p> <p>➤ <b>ENTREVISTADOR:</b> <i>Entregue la tarjeta 5 a la persona entrevistada</i></p> <p>a. Tiene hemofilia y ha recibido transfusiones de factor coagulante.</p> <p>b. Usted ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, aunque fuera sólo una vez.</p> <p>c. Ha usado drogas callejeras con aguja hipodérmica, aunque fuera una sola vez.</p> <p>d. Ha pagado o recibido pago por tener relaciones sexuales aunque fuera por una sola vez:</p> <p>e. Ha tenido relaciones sexuales con personas que tenían pruebas de VIH/SIDA positivas:</p> <p>f. Ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una vez, con alguien que contestaría sí a uno o más de los anteriores enunciados.</p>	<p>Alguna le aplica <input type="checkbox"/> 1  Ninguna le aplica <input type="checkbox"/> 2  No sabe <input type="checkbox"/> 3  No responde <input type="checkbox"/> 4</p>
1210	<p>¿Sabe usted que existe un examen de la sangre que permite saber si uno está infectado con el virus de SIDA?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 ➔ 1219</p>
1211	<p>Le voy a leer varias frases, dígame si en su concepto cada frase es verdadera o falsa:</p>	<p>a. Uno puede solicitarle al médico la prueba del VIH en cualquier momento: V <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Sólo las mujeres embarazadas necesitan la prueba de VIH: V <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Las mujeres se pueden realizar la prueba del VIH sólo con el consentimiento del esposo o compañero: V <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2</p>
1212	<p>¿Alguna vez se ha hecho una prueba para saber si tiene VIH/SIDA?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1  No <input type="checkbox"/> 2 ➔ 1219</p>

1213	¿Cuál es la principal razón por la que se realizó la prueba para detectar el virus del SIDA? ( <i>espere respuestas</i> )	Tenía dudas	1	<input type="checkbox"/>
		Lo concertó con su pareja	2	<input type="checkbox"/>
		Se lo exigieron en el trabajo	3	<input type="checkbox"/>
		Se la exigieron para un seguro de vida	4	<input type="checkbox"/>
		Se lo exigieron para donar sangre	5	<input type="checkbox"/>
		Tenía síntomas extraños	6	<input type="checkbox"/>
		El doctor se la ordenó	7	<input type="checkbox"/>
		Por curiosidad/ iniciativa propia	8	<input type="checkbox"/>
		Se lo sugirieron por el embarazo	9	<input type="checkbox"/>
		Se lo exigió su pareja	10	<input type="checkbox"/>
1214	¿En qué lugar se realizó la prueba para saber si tenía el virus del SIDA?	Hospital, clínica del gobierno	1	<input type="checkbox"/>
		Centro o puesto de salud del gobierno	2	<input type="checkbox"/>
		Hospital, clínica, centro médico o laboratorio privado	3	<input type="checkbox"/>
		Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)	4	<input type="checkbox"/>
		Consultorio o médico particular	5	<input type="checkbox"/>
1215	¿Quién pagó la mayor parte de los gastos de la prueba que se realizó?	EPS/ARS u otra entidad de seguridad social	1	<input type="checkbox"/>
		Seguro médico privado, medicina prepagada o plan complementario de salud	2	<input type="checkbox"/>
		Secretaría de salud/alcaldía (vinculados)	3	<input type="checkbox"/>
		Usted o alguien de su hogar con recursos propios	4	<input type="checkbox"/>
		Otra persona con recursos propios	5	<input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador	6	<input type="checkbox"/>
		No se requirió pago	7	<input type="checkbox"/>
		Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG)	8	<input type="checkbox"/>
1216	Cuando usted fue a realizarse la prueba, ¿recibió asesoría antes del examen de laboratorio?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
1217	¿Conoció usted los resultados del examen de laboratorio?	Sí	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → XIII
1218	¿Cuando a usted le entregaron los resultados recibió consejería?	Sí	1	<input type="checkbox"/> → 1220
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1220

1219	¿Cuál es la principal razón para no haberse realizado la prueba para detectar el virus del SIDA? ( <i>espere respuesta</i> )	Demoran mucho la atención después que llega a la institución	1 <input type="checkbox"/>
		Descuido	2 <input type="checkbox"/>
		El lugar donde lo hacen es muy lejano	3 <input type="checkbox"/>
		El seguro no cubre o no le autorizaron la prueba	4 <input type="checkbox"/>
		Le da miedo el resultado	5 <input type="checkbox"/>
		El examen es muy caro o no ha tenido dinero	6 <input type="checkbox"/>
		Los horarios no le sirven o no ha tenido tiempo	7 <input type="checkbox"/>
		Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	8 <input type="checkbox"/>
		No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree que sea confiable	9 <input type="checkbox"/>
		No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	10 <input type="checkbox"/>
		No sabía que tenía derecho	11 <input type="checkbox"/>
		No sabe dónde hacerse la prueba	12 <input type="checkbox"/>
		No tiene a donde acudir	13 <input type="checkbox"/>
		No cree que sea necesario	14 <input type="checkbox"/>
		No ha sacado el tiempo para hacerlo	15 <input type="checkbox"/>
		Se ha sentido bien	16 <input type="checkbox"/>
		No sabe	17 <input type="checkbox"/>
1220	En los PRÓXIMOS 12 meses, contados a partir de hoy, ¿a usted le gustaría hacerse una prueba para saber si está infectado con el VIH/SIDA?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → XIII
		NS	3 <input type="checkbox"/> → XIII
1221	¿Sabe usted en dónde puede hacerse la prueba para detectar la infección por VIH/SIDA?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
XIII. OPINIONES SOBRE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
1301	En su opinión, ¿qué tan fácil o difícil es conseguir cada una de las siguientes sustancias?						
	<b>Sustancias</b>	<b>Muy fácil</b>	<b>Fácil</b>	<b>Difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Imposible</b>	<b>No sabe</b>
	a. Marihuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	b. Bazuco o pitillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	c. Cocaína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	d. Heroína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	e. Hongos alucinógenos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	f. Inhalantes (boxer, gasolina, esmaltes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	g. Pastillas estimulantes (éxtasis, anfetaminas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	h. Pastillas tranquilizantes (ativan, rivotril, diazepam)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
1302	¿Qué tan perjudicial es para la salud el consumo de las siguientes sustancias?						
	<b>Sustancias</b>	<b>No es perjudicial</b>	<b>Poco perjudicial</b>	<b>Muy perjudicial</b>	<b>No sabe</b>		
	a. Marihuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	b. Bazuco o pitillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	c. Cocaína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	d. Heroína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	e. Cigarrillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	f. Alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	g. Inhalantes (boxer, gasolina, esmaltes)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		
	h. Pastillas estimulantes (éxtasis, anfetaminas, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>		



	i. Pastillas tranquilizantes (ativan, rivotril, diazepam, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>1303</b>	¿Considera usted que el consumo de las siguientes sustancias ocasiona problemas dentro de la familia del consumidor? ...De ser así, ¿cree que esos problemas son leves o graves?				
	<b>Sustancias</b>	No causa problemas	Problemas leves	Problemas graves	No sabe
	a. Marihuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	b. Bazuco o pitillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	c. Cocaína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	d. Heroína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	e. Cigarrillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	f. Alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	g. Inhalantes (boxer, gasolina, esmaltes, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	h. Pastillas estimulantes (éxtasis, anfetaminas, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	i. Pastillas tranquilizantes (ativan, rivotril, diazepam, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	En su opinión, ¿Qué tan fácil o difícil es obtener atención especializada o tratamiento para el consumo de las siguientes sustancias?						
<b>1304</b>	<b>Sustancias</b>	Muy fácil	Fácil	Difícil	Muy difícil	Imposible	No sabe
	a. Marihuana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	b. Bazuco o pitillo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	c. Cocaína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	d. Heroína	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	e. Hongos alucinógenos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	f. Inhalantes (boxer, gasolina, esmaltes, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	g. Pastillas estimulantes (éxtasis, anfetaminas, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	h. Pastillas tranquilizantes (Ativan, rivotril, diazepam, entre otras)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

<b>XIV. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - INFORMACIÓN SOBRE LA MARIHUANA</b>	
<b>1400</b>	¿Alguna vez se le ha presentado oportunidad de consumir marihuana, si hubiera querido hacerlo? <span style="float: right;">Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <b>XV</b></span>
<b>1401</b>	¿Qué edad tenía la primera vez que se le presentó una oportunidad de consumir? <span style="float: right;"> _ _  años cumplidos</span>
<b>1402</b>	¿Qué edad tenía la primera vez que consumió marihuana, aunque fuera solamente una vez? <span style="float: right;"> _ _  años cumplidos</span> Nunca consumió 1 <input type="checkbox"/> → <b>XV</b> No recuerda o no responde 2 <input type="checkbox"/>
<b>1403</b>	¿Cuánto tiempo hace que consumió marihuana por última vez? <span style="float: right;">1 <input type="checkbox"/> días  _ _  2 <input type="checkbox"/> meses → <b>XV</b> 3 <input type="checkbox"/> años → <b>XV</b></span>
<b>1404</b>	¿Cuántos de los últimos 30 días consumió marihuana? <span style="float: right;"> _ _  días</span>
<b>1405</b>	¿Aproximadamente cuántos cigarrillos, (pitos, varillos, baretos, cachos, o pipas) de marihuana consumió en los últimos 30 días? <span style="float: right;"> _ _ _  cigarrillos 1 <input type="checkbox"/> No la consume en cigarrillos</span>

XV. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – INFORMACIÓN SOBRE LA COCAÍNA			
1500	¿Alguna vez se le ha presentado oportunidad de consumir cocaína, si hubiera querido hacerlo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → XVI
1501	¿Qué edad tenía la primera vez que se le presentó una oportunidad de consumir cocaína?	_ _  años cumplidos	
1502	¿Qué edad tenía la primera vez que consumió cocaína, aunque fuera solamente una vez?	Nunca consumió cocaína en toda la vida <input type="checkbox"/> No recuerda o no responde <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → XVI 2 <input type="checkbox"/>
1503	¿Cuánto tiempo hace que consumió cocaína por última vez?	_ _  días  _ _  meses → XVI  _ _  años → XVI	
1504	¿Cuántos de los últimos 30 días consumió cocaína?	_ _  días	
1505	¿Aproximadamente cuántas veces consumió cocaína en cada uno de esos días?	_ _  Veces por día	

XVI. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – INFORMACIÓN SOBRE TRANQUILIZANTES (inducen el sueño, son calmantes, o relajantes musculares)			
<p><b>Entrevistador:</b> Entregue la tarjeta 6, señale los código(s) de las sustancias que mencione el informante. Indague por otros tranquilizantes que la persona haya usado y anótelos al final de la lista.</p> <p>¿Ha usado sin formulación médica alguno de los medicamentos de esta tarjeta, por placer o por costumbre?</p>			
1601	a. Alparazolam <input type="checkbox"/> b. Anatsol... <input type="checkbox"/> c. Ativan... <input type="checkbox"/> d. Ansilan... <input type="checkbox"/> e. Bonival... <input type="checkbox"/> f. Cuait-D... <input type="checkbox"/> g. Deprexin <input type="checkbox"/> h. Diazepan-Ecar... <input type="checkbox"/> i. Dormicum <input type="checkbox"/> j. Equilid <input type="checkbox"/> k. Evadyne <input type="checkbox"/>	l. Lorazepam <input type="checkbox"/> m. Ludiomil... <input type="checkbox"/> n. Motival... <input type="checkbox"/> o. Mutabon A <input type="checkbox"/> p. Paxil <input type="checkbox"/> q. Paxtran <input type="checkbox"/> r. Rivotril... <input type="checkbox"/> s. Rohypnol <input type="checkbox"/> t. Sinogan <input type="checkbox"/> u. Somese <input type="checkbox"/> v. Stelazine <input type="checkbox"/> w. Surmotil <input type="checkbox"/>	x. Tramal <input type="checkbox"/> y. Tensivan <input type="checkbox"/> z. Tiapridal <input type="checkbox"/> aa. Trittico <input type="checkbox"/> ab. Urbadan 10MG <input type="checkbox"/> ac. Urbadan 20 <input type="checkbox"/> ad. Valium Roche <input type="checkbox"/> ae. Xanax <input type="checkbox"/> af. Zepax <input type="checkbox"/> ag. Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?  _____  Ninguno <input type="checkbox"/> → 1701
1602	¿Qué edad tenía usted cuando consumió por primera vez, alguno de estos tranquilizantes sin fórmula médica, por curiosidad o por placer?	_ _  años cumplidos No recuerda o no responde <input type="checkbox"/>	
1603	¿Cuánto tiempo hace que consumió por última vez algún tranquilizante sin formulación médica, por curiosidad, por placer o por costumbre?	_ _  días  _ _  meses → 1701  _ _  años → 1701	
<b>Entrevistador:</b> si consumió hoy anote 0			
1604	¿Cuántos de los últimos 30 días ha consumido uno o más de estos medicamentos sin formulación médica, por curiosidad, por placer o por costumbre?	_ _  días	
1605	Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿qué cantidad de tranquilizantes y en qué presentación, consumió por curiosidad, por placer o por costumbre, sin formulación médica en promedio por día?	_ _ _  Pastillas <input type="checkbox"/> Cucharadas <input type="checkbox"/> Gotas <input type="checkbox"/> Inyecciones <input type="checkbox"/>	

**XVII. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS – INFORMACIÓN SOBRE SOLVENTES O INHALANTES**

<p><b>Entrevistador:</b> Entregue la tarjeta 7, señale los código(s) de las sustancias que mencione el informante. Indague por otros inhalantes que la persona haya usado y anótelos al final de la lista.</p> <p>¿Ha usado alguna de las sustancias que se listan en la tarjeta, para inhalar o aspirar por curiosidad, placer o costumbre?</p>																									
<b>1701</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">a. Terokal</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">g. Eter y otros anestésicos</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Boxer y otros pegantes</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td>h. Líquidos correctores, Liquid Paper</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Gasolina o cocinol</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td>i. Naftalina</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Bencina o thinner, aguarras, acetona</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td>j. Otro</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Esmaltes, pintura al duco, barniz, etc</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td>↳ ¿Cuál?  _____ </td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Aerosoles, desodorantes ambientales</td> <td style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/></td> <td>Ninguna .....</td> <td style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/> → ☒</td> </tr> </table>	a. Terokal	1 <input type="checkbox"/>	g. Eter y otros anestésicos	1 <input type="checkbox"/>	b. Boxer y otros pegantes	1 <input type="checkbox"/>	h. Líquidos correctores, Liquid Paper	1 <input type="checkbox"/>	c. Gasolina o cocinol	1 <input type="checkbox"/>	i. Naftalina	1 <input type="checkbox"/>	d. Bencina o thinner, aguarras, acetona	1 <input type="checkbox"/>	j. Otro	1 <input type="checkbox"/>	e. Esmaltes, pintura al duco, barniz, etc	1 <input type="checkbox"/>	↳ ¿Cuál?  _____		f. Aerosoles, desodorantes ambientales	1 <input type="checkbox"/>	Ninguna .....	2 <input type="checkbox"/> → ☒
a. Terokal	1 <input type="checkbox"/>	g. Eter y otros anestésicos	1 <input type="checkbox"/>																						
b. Boxer y otros pegantes	1 <input type="checkbox"/>	h. Líquidos correctores, Liquid Paper	1 <input type="checkbox"/>																						
c. Gasolina o cocinol	1 <input type="checkbox"/>	i. Naftalina	1 <input type="checkbox"/>																						
d. Bencina o thinner, aguarras, acetona	1 <input type="checkbox"/>	j. Otro	1 <input type="checkbox"/>																						
e. Esmaltes, pintura al duco, barniz, etc	1 <input type="checkbox"/>	↳ ¿Cuál?  _____																							
f. Aerosoles, desodorantes ambientales	1 <input type="checkbox"/>	Ninguna .....	2 <input type="checkbox"/> → ☒																						
<b>1702</b>	<p>¿Qué edad tenía usted cuando aspiró por primera vez alguna de esas sustancias por curiosidad, por placer o costumbre?  __ __  años cumplidos</p> <p>No recuerda o no responde 1 <input type="checkbox"/></p>																								
<b>1703</b>	<p>¿Cuánto tiempo hace que aspiró por última vez alguna de estas sustancias?  __ __ </p> <p style="text-align: right;">1 <input type="checkbox"/> días</p> <p style="text-align: right;">2 <input type="checkbox"/> meses → ☒</p> <p style="text-align: right;">3 <input type="checkbox"/> años → ☒</p>																								
<b>1704</b>	<p>¿Cuántos de los últimos 30 días ha aspirado una o más de esas sustancias?  __ __  días</p>																								