

ENCUESTA SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA
POBLACION "GLBTI" (GAYS, LESBIANAS, BISEXUALES, TRANSGÉNEROS, TRANSEXUALES E
INTERSEXUALES)

PARA PERSONAS DE 18 AÑOS Y MÁS

CONFIDENCIAL

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERAN UTILIZADOS
UNICAMENTE CON FINES ESTADISTICOS, DE ACUERDO AL ARTICULO 21 DE LA LEY DE ESTADISTICA

FORMULARIO No.

--	--	--

I. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	USO INEC				
Provincia:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
Cantón:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
Cabecera Cantonal:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>				
III. IDENTIFICACIÓN DE ORGANIZACIÓN					
1.- ¿Pertenece a una organización GLBTI? SI <input type="checkbox"/> → Pase a P2 NO <input type="checkbox"/>					
2.- ¿Nombre de la Organización? <input style="width: 280px; height: 20px;" type="text"/>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>USO INEC</th> </tr> <tr> <th>Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>	USO INEC	Código		
USO INEC					
Código					
VI. PERSONAL RESPONSABLE					
COORDINADOR/A REGIONAL	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
SUPERVISOR/A	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
ENCUESTADOR/A	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
CODIFICADOR/A	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				
DIGITADOR/A	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>				

II. RESULTADO DE LA ENTREVISTA		
1. COMPLETA	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
2. INCOMPLETA	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
3. RAZÓN :	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">←</div>	
Especifique		
IV. FECHA		
DÍA	MES	AÑO
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
V. TIEMPO EN LA ENCUESTA		
HORA INICIAL		HORA FINAL
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
VII. OBSERVACIONES		
<input style="width: 98%; height: 95%;" type="text"/>		

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

1	¿Cuántos años cumplidos tiene? <input style="width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>		
2	¿Actualmente cuál es su estado civil o unión conyugal?	7	¿Ha considerado la posibilidad de ser padre o madre? SI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 NO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pase a la 9</div>
	Soltero/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Separado/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Divorciado/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Viudo/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Unido/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5 Unión de hecho registrado en notaría? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 6 Casado/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 7 No Responde? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 99	8	¿Sus hijos/as son por: Fecundación natural? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Adopción? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Inseminación artificial? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Otro, cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Especifique _____
3	De acuerdo a su sexo biológico usted nació: Hombre? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Mujer? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Intersexual? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3	9	Cómo se identifica según su cultura y costumbres: Afroecuatoriano/a afrodescendiente? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Blanco/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Indígena? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Mestizo/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Montubio/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5 Mulato/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 6 Negro/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 7 Otro, cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 8 Especifique _____
4	De acuerdo a su condición sexual y/o de género, Usted se identifica cómo: Gay? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Lesbiana? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Bisexual? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Transfemenina? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Transmasculino? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5 Transexual? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 6 Otro, cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 7 Especifique _____	10	¿Usted tiene alguna discapacidad? SI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 NO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2
VIVIENDA			
5	¿Actualmente con quién vive? (Indique todos los que aplique) Pareja? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Amigos/as? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Esposo/a? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Hijos/as? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Familiares? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5 Padre y/o madre? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 6 No aplica (solo/a) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 7	11	La vivienda que ocupa Usted es: De su familia? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 De su pareja? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 En arriendo? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Anticresis? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Propia y está pagando? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5 Propia y totalmente pagada? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 6 Recibida por servicios? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 7
6	¿Usted tiene hijos/as? SI <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 → Pase a la 8 NO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2	12	¿La vivienda cuenta con los siguientes servicios básicos? (Indique todos los que aplique) Electricidad? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 1 Teléfono? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 2 Agua potable? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 3 Alcantarillado? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 4 Internet? <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 5

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

<p>13.- ¿Usted siempre vivió en su lugar actual de residencia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Lugar/ciudad donde reside al momento que está realizando la encuesta</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">No 2</div> </div> <p style="text-align: center;">Pase a Sección 2</p>	<p>14.- ¿Dónde vivió usted antes de venir a este lugar?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <p>En otro lugar del país....1 →</p> <p>En otro país.....2 →</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Registre: <i>Provincia, cantón y parroquia</i></p> <p>Registre el PAÍS en la columna PROVINCIA</p> </div> </div>	<p>15.- ¿Cuál es la razón principal por la que vino a este lugar/ciudad?</p> <p>Se vino con su familia 1</p> <p>Por Trabajo..... 2</p> <p>Salud/enfermedad..... 3</p> <p>Estudio..... 4</p> <p>Matrimonio..... 5</p> <p>Compró o le dieron casa o terreno 6</p> <p>Discriminado en su lugar de nacimiento..... 7</p> <p>Lo/a expulsaron de su casa..... 8</p> <p>Relación de pareja..... 9</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ 10</p>						
		<p>USO INEC</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Cod. Prov</td> <td style="width: 33%;">Cod. Cant</td> <td style="width: 33%;">Cod. Parro</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Cod. Prov	Cod. Cant	Cod. Parro			
Cod. Prov	Cod. Cant	Cod. Parro						

SECCIÓN 2: DISCRIMINACIÓN, EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA

1	<p>¿Cuál de las siguientes personas conocen su orientación sexual? (En una escala de 1 a 3, ¿cómo calificaría su aceptación? 1 = rechazo total, 2 = aceptación parcial, 3 = aceptación total)</p>	SI = 1	No = 2	Aceptación (1 a 3)	No Aplica
	1 Madre?				
	2 Padre?				
	3 Hermanos/as?				
	4 Otros familiares?				
	5 Amigos/as?				
	6 Compañeros de estudio?				
	7 Compañeros de trabajo?				
	8 Padrastro/madrastra?				
	9 Nadie?				
2	<p>¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en su espacio familiar: Si = 1 No = 2</p>				
Discriminación	1.- Prohibición de asistir a actividades propuestas por grupos GLBTI?			13.- Encierro en un centro religioso?	
	2.- Prohibición de salir con otras personas?			14.- Negación de recursos para su educación?	
	3.- Obligación a vestirse de acuerdo a su sexo biológico?			15.- Dejaron de hablarle uno o mas familiares?	
	4.- Obligación a asistir a cultos religiosos?			16.- Aceptación tácita (aceptan a usted pero no a su pareja)?	
	5.- Amenaza de quitarle la custodia de sus hijos/as?			17.- Obligación a cambiar de domicilio o de país?	
	6.- Obligación de contraer matrimonio?			18.- Expulsión de su casa?	
	7.- Presión para mantenerse en el matrimonio por los hijos/as?			19.- Exclusión de reuniones familiares?	
Imposición	8.- Sometimiento a tratamiento hormonal para "cambiarle" contra su voluntad?			20.- Exclusión de eventos religiosos (bautizos, bodas, etc.)?	
	9.- Imposición de un novio/a para que cambie?			21.- Golpes u otras agresiones físicas?	
	10.- Obligación a dejar actividades o deportes que se consideren inapropiados ?			22.- Gritos, insultos, amenazas y burlas?	
	11.- Le hace sentir que debe ser más masculino o femenina?			23.- Acoso sexual?	
	12.- Imposición de asistir donde un psicólogo, psiquiatra, cura o pastor para "curarle" o "cambiarle"?			24.- Relaciones sexuales obligadas?	
				25.- Daños o apropiaciones de sus pertenencias?	

SECCIÓN 2: DISCRIMINACIÓN, EXCLUSIÓN Y VIOLENCIA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, marque los ámbitos correspondientes con un X

3	¿Ha vivido alguna de las siguientes experiencias por ser GLBTI:	SI = 1 NO = 2	Educativo	Laboral	Salud	Justicia	Espacios privados	Espacios públicos
Discriminación	1.- No lo atendieron o le rechazaron por ser GLBTI?							
	2.- Le dijeron que es inmoral, pecaminoso, anormal o sucio/a?							
	3.- Le dijeron que los GLBTI son promiscuos/as o enfermos/as?							
	4.- Le obligaron a cambiar su estética? (cabellos, uñas, vestimenta)							
	5.- Le han obligado a hacerse una prueba de ITS o VIH?							
	6.- Le obligaron a hacerse una prueba hormonal?							
	7.- (Solo población trans) Le han tratado como hombre o mujer biológica?							
	8.- (Solo población trans) Le han ridiculizado en voz alta llamándolo por su nombre legal?							
Exclusión	9.- Le dijeron que abandone el lugar por ser GLBTI o por reservarse "el derecho de admisión"?							
	10.- Hubo prohibiciones por ser GLBTI, no le permitieron acceder a:							
Violencia	11.- Gritos, insultos, amenazas y/o burlas?							
	12.- Golpes u otras agresiones físicas?							
	13.- Acoso sexual?							
	14.- Relaciones sexuales obligadas?							
	15.- Daños o apropiaciones de sus pertenencias?							

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

4	¿Por todas las experiencias antes mencionadas ha estado expuesto/a a (indique todas las que aplican):	
	Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="1"/>	Dificultades para dormir? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="7"/>
	Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="2"/>	Ideas suicidas? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="8"/>
	Sentimientos de estar excluido/a de su entorno social (familia, compañeros, amigos, etc.)? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="3"/>	Intentos de suicidios? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="9"/>
	Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="4"/>	Irritabilidad? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="10"/>
	Fatiga y falta de energía? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="5"/>	Ninguna de las anteriores? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="11"/>
	Dificultad para concentrarse, recordar detalles y para tomar decisiones? <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="6"/>	Otro, cuál? Especifique _____ <input style="width: 40px; text-align: center;" type="text" value="12"/>

SECCIÓN 3: SALUD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

<p>1.- ¿Tiene seguro médico?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pase a la 3</p>	<p>2.- ¿Con qué institución/es mantiene su seguro? (Indique todas las que aplican)</p> <p>Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> 1</p> <p>IESS, seguro general <input type="checkbox"/> 2</p> <p>IESS, seguro campesino <input type="checkbox"/> 3</p> <p>IESS, seguro voluntario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Seguro ISSFA o ISSPOL <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>3.- ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un chequeo médico?</p> <p>En los últimos tres meses.....1</p> <p>Entre 4 y 6 meses.....2</p> <p>Entre 7 y 9 meses.....3</p> <p>Entre 10 y 12 meses4</p> <p>Más de un año.....5</p> <p>Nunca.....6</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pase a la 6</p>	<p>4.- ¿Quién le atendió en su chequeo médico?</p> <p style="text-align: right;">Médico/a <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Enfermero/a <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Curandero/hierbatero/sobador <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Boticario/a/Farmacéutico <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Acupunturista <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ <input type="checkbox"/> 6</p>
<p>5.- ¿A dónde acudió para su chequeo médico?</p> <p>Establecimientos públicos(Hospital/Centro de salud/Subcentro/dispensario de salud)... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Establecimientos privados (Hospital/clínica/Centro de salud/Consultorio)..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Botica o farmacia..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Casa o domicilio..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otro, (Especifique)_____ <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Pase a la 7</p>	<p>6.- ¿Cuáles son los motivos por los que no recibe atención médica (Indique todos los que aplican):</p> <p style="text-align: right;">No tengo tiempo <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">No veo la necesidad <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">No tengo seguro médico <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">No me siento cómodo/a con la atención que brindan los/as médicos/as <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">He tenido malas experiencias con doctores <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">No confío en la medicina tradicional <input type="checkbox"/> 6</p> <p style="text-align: right;">Cuando voy a centros de salud nunca me atienden <input type="checkbox"/> 7</p> <p style="text-align: right;">No tengo recursos económicos para acceder a estos servicios <input type="checkbox"/> 8</p>		
<p>7.- ¿Durante sus relaciones sexuales habitualmente se protege con: (Indique todos los que apliquen)</p> <p>Preservativos..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lubricantes..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ninguno..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>8.- ¿Usted ha recibido talleres y/o charlas sobre sexo seguro?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2</p>		

SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS

Para Personas Trans (Transfemenina y Transmasculino)

<p>9.- ¿Ha usado o está usando hormonas como parte de su transición corporal?</p> <p>Actualmente..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>En el pasado..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Nunca..... <input type="checkbox"/> 3 → <input type="checkbox"/> Pase a la 11</p>	<p>10.- ¿Recibe o recibió atención médica para el uso de hormonas?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2</p>		
<p>11.- ¿Se ha inyectado alguna sustancia como parte de su cambio corporal?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Pase a la 14</p>	<p>12.- ¿Qué sustancia o sustancias se ha inyectado (indique todas las que apliquen)?</p> <p style="text-align: right;">Silicona líquida <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Acido hialurónico <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Colágeno <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Aceite cosmético <input type="checkbox"/> 4</p> <p style="text-align: right;">Aceite de avión <input type="checkbox"/> 5</p> <p style="text-align: right;">Aceite de cocina <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>13.- ¿Quién le administró la sustancia?</p> <p style="text-align: right;">Un/a médico/a..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: right;">Un/a enfermero/a... <input type="checkbox"/> 2</p> <p style="text-align: right;">Un centro de estética... <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: right;">Amigo/a..... <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>14.- ¿Usted se ha realizado una cirugía como parte de su cambio corporal?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 1</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2</p>

SECCIÓN 4: EDUCACIÓN

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES

<p>1.- ¿Asiste actualmente a clases ?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 3</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 2</div>	<p>2.- ¿Cuál es la razón principal?</p> <p>Edad..... 1</p> <p>Terminó sus estudios..... 2</p> <p>Falta de recursos económicos 3</p> <p>Por trabajo..... 4</p> <p>Por temor a los maestros... 5</p> <p>Por enfermedad o discapacidad 6</p> <p>Por ayudar en quehaceres del hogar... 7</p> <p>La familia no le permite estudiar 8</p> <p>No está interesado/a en estudiar 9</p> <p>Otro, cuál? Especifique _____ 10</p>	<p>3.- ¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó?</p> <p>Ninguno → PASE A LA SECCIÓN 6</p> <p>Jardín de Infantes 1</p> <p>Primaria..... 2</p> <p>Educación Básica 3</p> <p>Secundaria..... 4</p> <p>Educación Media.. 5</p> <p>Superior no Universitaria..... 6</p> <p>Superior Universitaria... 7</p> <p>Diplomado..... 8</p> <p>Maestría..... 9</p> <p>Ph.D 10</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 5</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 6</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 4</div>	<p>4.- ¿ Por los estudios realizados obtuvo algún título superior?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">NO 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 5px 0;">Pase a la 6</div>								
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">NIVEL</th> <th style="width: 50%;">AÑO o SEMESTRE APROBADO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NIVEL	AÑO o SEMESTRE APROBADO			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">¿Qué título obtuvo?</th> <th style="width: 50%;">USO INEC</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	¿Qué título obtuvo?	USO INEC		
NIVEL	AÑO o SEMESTRE APROBADO										
¿Qué título obtuvo?	USO INEC										

5.- ¿Sabe leer y escribir?

SI 1

NO 2

6.- ¿Piensas estudiar a futuro?

SI 1

NO 2

ENCUESTADOR/A: Si le han respondido en la pregunta No. 3 (ninguno) por favor pasar a la Sección 5 y anote en observaciones.

DISCRIMINACIÓN EN EL ENTORNO ESCOLAR

7	¿Ha tenido alguna de las siguientes experiencias en el ámbito educativo?	SI = 1 NO = 2	¿Quiénes fueron los responsables?			
			Director/ Decano/ Rector	Psicólogo/ Orientador/ Pastor	Personal docente (profesor, asistente)	Compañero s/as
Discriminación	1. Tuvo vigilancia de su comportamiento sexual					
	2. Acoso escolar/bullying					
	3. Aislamiento (no le dejaban tener contacto con sus compañeros)					
	4. Le hicieron reprobar el año escolar por ser GLBTI					
	5. Por ser GLBTI, le enviaron al DOBE (Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil)					
Exclusión	6.- Poca atención de profesor/a en clase					
	7.- Le negaron el cupo en una institución educativa					
	8.- Exclusión de deportes					
	9.- Exclusión de eventos y/o paseos escolares					
	10.- Le expulsaron del establecimiento educativo por ser GLBTI					

ENCUESTADOR/A: Si las respuestas fueron todo No pase a la sección 5.

SECCIÓN 4: EDUCACIÓN

8	9	¿Por las experiencias descritas, usted: (Indique todas las que aplican)	SI = 1 NO = 2
¿De las experiencias antes descritas, Usted denunció esto/s hecho/s? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">SI 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">NO 2</div>		Desertó?	
		No se graduó?	
		Le suspendieron por un tiempo?	
		Lo/a expulsaron?	
		No pasó de año?	
		Se auto aislo?	
		No estaba motivado para asistir al colegio?	
		Se refugio en el estudio u otras actividades?	
	Otro, cuál? Especifique _____		

SECCIÓN 5: LABORAL

1.- ¿Qué hizo la semana pasada: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">Trabajó al menos una hora a cambio de un ingreso? 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">No trabajó? 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Pase a la 3</div>	2.- ¿Realizó la semana pasada alguna actividad para obtener ingresos, tal como: Atender negocio propio?..... 1 Fabricar algún producto?..... 2 Hacer algo en casa?..... 3 Brindar algún servicio?..... 4 Ayudar en negocio familiar?.. 5 Ayudar en el trabajo de algún familiar?..... 6 Como aprendiz en dinero o en especie? 7 Labores agrícolas o cuidado de animales?..... 8 Estudiante que realizó algún trabajo? 9 Trabajar para otra familia?..... 10 Otro, cuál? Especifique _____ 11 <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pase a la 5</div>	3.- ¿Por qué razón no trabajó la semana pasada? Vacaciones o días feriados... 1 Enfermedad o accidente... 2 Licencia con sueldo..... 3 Licencia sin sueldo..... 4 Suspensión temporal del trabajo 5 Renunció a su último trabajo... 6 Huelga o paro..... 7 Otro, cuál? Especifique _____ 8 4. ¿Aunque no haya trabajado la semana pasada, tiene algún trabajo o negocio al cual seguro va a volver? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">No 2</div> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Pase a la 7</div>	5.- ¿Cuántas horas trabajó la semana pasada o la última semana que trabajó? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"><i>En todos sus trabajos</i></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">Numero de horas</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">6</div> ¿Cuál es su ingreso mensual aproximado en su trabajo actual? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">\$</div>
--	--	---	--

BÚSQUEDA DE TRABAJO

7.- ¿Por qué motivos dejó su último trabajo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">Por discriminación:</div> Renuncia voluntaria por discriminación?... 1 Bajo salario por discriminación?..... 2 Despido intempestivo por discriminación?... 3 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">Por otros:</div> Renuncia voluntaria? 4 Bajo salario?..... 5 Terminación de contrato/fin de temporal?... 6 Situación de la empresa (liquidación de la empresa)?..... 7 Le fue mal en el negocio?..... 8 Despido intempestivo?..... 9 Nunca ha trabajado?..... 10 Por otras causas? (Especifique)..... 11	8 ¿En las últimas semanas usted ha buscado trabajo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">Si 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-bottom: 10px;">No 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Pase a 10</div>	9.- ¿Cuáles son los medios que ha utilizado o utiliza para buscar trabajo: Anuncios de trabajo en internet?..... 1 Prensa escrita?..... 2 Radio?..... 3 Televisión?..... 4 Contactos?..... 5 Otro, cuál? Especifique _____ 6	10.- ¿Por qué razón no buscó trabajo (indique todos los que aplican): Tiene un trabajo esporádico u ocasional?..... 1 Tiene un trabajo para empezar inmediatamente?..... 2 Espera respuesta a una gestión para empresa o negocio propio?..... 3 Espera respuesta de un empleador u otras gestiones para conseguir empleo?..... 4 Se cansó de buscar después de haber sido rechazado muchas veces?..... 5 Piensa que no le darán trabajo?..... 6 No cree poder encontrar?..... 7 No tiene necesidad o deseos de trabajar?..... 8 Su pareja no le permite?..... 9 Está enfermo/a?..... 10 Tiene una discapacidad?.... 11 Otro, cuál? Especifique _____ 12
---	---	--	---

SECCIÓN 5: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

MEDIOS DE SUBSISTENCIA

11	¿Cuáles son sus medios de subsistencia (marque todos los que aplican):			
Ingresos propios.....	1	Jubilado/a con pensión.....	6	
Mi pareja me mantiene.....	2	Montepío.....	7	
Mi esposo/a me mantiene.....	3	Bono de Desarrollo humano.....	8	
Recibo dinero de mi familia.....	4	Bono de Discapacidad.....	9	
Divorciado/o pensión compensatoria.....	5	Otro, cuál? Especifique _____	10	
Si no tiene ingresos propios, pase a la Sección 6				

CATEGORÍA DE OCUPACIÓN

12	¿Cuál es la ocupación, labor o cargo que usted desempeña o desempeño donde trabaja o trabajó?		13	¿A qué se dedica principalmente la empresa o negocio donde trabaja?	
	Ocupación	USO INEC		Rama	USO INEC

14	¿En esta ocupación o trabajo principal es:			
Empleado/Obrero de Gobierno / Estado?	1	Cuenta Propia?.....	6	
Empleado/Obrero Privado?.....	2	Trabajador del hogar remunerado/a en especie?	7	
Empleado/Obrero Tercerizado?.....	3	Ayudante / jornalero remunerado/a en especie?	8	
Jornalero o Peón?.....	4	Empleado (a) doméstico (a)?.....	9	
Patrono?.....	5	Otro, cuál? Especifique _____	10	

TRABAJO SEXUAL

15	¿Está o estuvo involucrado/a en el ejercicio del trabajo sexual?		16	¿Cuál era el medio de contacto para ejercer trabajo sexual?	
	Si 1	NO 2		Internet?	1
	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A LA SECCIÓN 6 </div>			En la calle / plaza?	2
				Clientes referidos?	3
				Locales de comercio sexual?	4
				Otro, cuál? Especifique _____	5

SECCIÓN 6. ATENTADOS CONTRA LA INTEGRIDAD PERSONAL (JUSTICIA)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, encierre la o las respuestas **CON UN CIRCULO**

1	A lo largo de su vida usted ha sido violentado/a en su integridad física, psicológica o sexual por algún agente de la seguridad pública o privada?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Si 1</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">NO 2</div>	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A LA SECCIÓN 7 </div>		
2	Ha tenido alguna de las siguientes experiencias: (Si = 1 No = 2)	¿Quiénes fueron los actores de estos hechos?				
		SI = 1 NO = 2	Policía Nacional y de Tránsito	Policía Metropolitana	Fuerzas Armadas	Seguridad Privada
	1. Gritos, insultos, amenazas y burlas?					
	2. Golpes u otras agresiones físicas?					
	3. Le llevaron a un sitio apartado de la ciudad y la abandonaron?					
	4. Le llevaron detenido/a (violencia física, detención arbitraria)?					
	5. Intentaron acabar con su vida?					
	6. Relaciones sexuales obligadas?					
	7. Acoso sexual?					
	8. Daños o apropiaciones de sus pertenencias?					
3	¿Usted denunció estos hechos? Si..... 01 No..... 02	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASE A LA SECCIÓN 7 </div>				
4	¿Dónde denunció principalmente estos hechos principalmente:					
	La Fiscalía?.....	01				
	La Comisaria de la Mujer y de la Familia?.....	02				
	Centros de Equidad y Justicia: Juzgado de Contravenciones?.....	03				
	La Policía Nacional?.....	04				
	La Tenencia Política?.....	05				
	La Defensoría del Pueblo?.....	06				
	Fundación, Asociación, Colectivo u ONG?.....	07				
	Otra, Cuál? (especifique).....	08				
5	¿Cuándo buscó acceder a esos sistemas de justicia; contaba con:					
	Asesoría legal	01				
	Atención sensible, cordial y amable?.....	02				
6	¿Hubo sanción para él/los responsable (s)?					
	Si.....	01				
	No.....	02				
	En proceso.....	03				

SECCIÓN 7. DERECHOS HUMANOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas **CON UN CÍRCULO**.

<p>1 ¿Usted conoce o ha escuchado que la Constitución del 2008 reconoce el derecho a la no discriminación?</p> <p>Si..... 01</p> <p>No..... 02</p>	<p>2 Considera que a partir de la aprobación de la Constitución del 2008 los Derechos de la personas GLBTI se cumplen?</p> <p>Si..... 01</p> <p>No..... 02</p>
<p>3 Usted conoce o ha escuchado que la reforma al Código Penal, desde el año 2009, sanciona los crímenes de odio por orientación sexual y identidad de género?</p> <p>Si..... 01</p> <p>No..... 02 Pase a la 5</p>	<p>4 Desde la incorporación de los delitos de odio en el Código Penal en el año 2009, ¿Cree usted que El Código Penal ha servido para sancionar a las personas que violan los derechos humanos de las personas GLBTI:</p> <p>Si..... 01 Pase a la 6</p> <p>No..... 02</p>
<p>5 ¿Por qué no (indique todas las que aplican):</p> <p>Los casos quedan en la impunidad?..... 01 ..</p> <p>El sistema de justicia no opera adecuadamente 02</p> <p>La vida de las personas GLBTI es menospreciada 03</p> <p>Otro, cuál? (especifique)..... 04</p>	<p>6 ¿Ha estado internada/o en algún centro/clínica de “rehabilitación” para “curar” su condición sexual y/o de género?</p> <p>Si 01</p> <p>No 02 → PASE A LA SECCIÓN 8</p>

CENTROS DE REHABILITACIÓN

<p>7 ¿Su internación fue: (marque todas que aplican)</p> <p>Por secuestro..... 01</p> <p>Por presiones y/o influencias de grupos religiosos 02</p> <p>Por presiones y/o influencias de su familia..... 03</p> <p>Otro, cuál? (especifique)..... 04</p>	<p>8 ¿Quién le internó:</p> <p>Familia nuclear (padres o hermanos/as)?..... 01</p> <p>Familia extendida (tíos, tías, primos, etc.)?..... 02</p> <p>Pareja o ex-pareja? 03</p> <p>Otro, cuál? (especifique)..... 04</p>
<p>9 ¿Cuánto tiempo estuvo interno/a en este lugar?</p> <p>Menos de un mes (número de días)... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Meses..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p>	<p>10 ¿Qué tipo de violencia sufrió en este lugar:</p> <p>Golpes u otras agresiones físicas..... 01</p> <p>Gritos, insultos, amenazas o burla..... 02</p> <p>Relaciones sexuales obligadas..... 03</p> <p>Daños o apropiaciones de sus pertenencias..... 04</p> <p>Otro, cuál? (especifique)..... 05</p>

CIERRE

Muchas gracias por su participación en la encuesta. Como mencioné al inicio, la información que usted ha brindado es confidencial y Nos permitirá visibilizar la situación actual de la comunidad GLBTI e informarán sobre temas importantes para la comunidad.

REFERENCIAS

¿Conoces a amigos o amigas GLBTI que quieran participar en la encuesta?

Nombres	Apellidos	E-mail	Nro. Teléfono

¿Podemos usar su nombre para ponernos en contacto con esas personas?

SI 1 NO 2

DATOS DEL INFORMANTE

¿Para realizar encuestas en el futuro, le gustaría proporcionarnos su nombre, apellido, cédula de identidad y número de teléfono para contactarlo?

SI 1 NO 2

Nombres	Apellidos	Nro. Cédula	Nro. Teléfono

RECOMENDACIONES

Favor califique a su criterio las siguientes opciones, tomando el 0 totalmente inadecuado y el 5 como totalmente adecuado

	0	1	2	3	4	5
Tiempo suficiente	0	1	2	3	4	5
Nivel de comprensión	0	1	2	3	4	5
Amabilidad	0	1	2	3	4	5
Confidencialidad	0	1	2	3	4	5
Ambiente de levantamiento de información	0	1	2	3	4	5

Otros comentarios: