

SECCIÓN 1: VIVIENDA

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

1. ¿Actualmente usted vive con:

	SÍ	NO
Pareja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigas/os?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposa/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijas/os?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre y/o madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros no familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sola/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Encuestador/a: A continuación realizaré varias preguntas sobre la vivienda donde usted reside habitualmente.

2. ¿Usted vive en una:

Vivienda particular (casa, departamento, cuarto de inquilinato, etc.)?	<input type="checkbox"/>	1
Vivienda colectiva (Hotel, pensión, residencial u hostel, etc.)?	<input type="checkbox"/>	2
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	3

Salto a la sección 3

3. ¿La vivienda que usted ocupa es:

Propia?	<input type="checkbox"/>	1
Arrendada?	<input type="checkbox"/>	2
Prestada?	<input type="checkbox"/>	3
Por servicios?	<input type="checkbox"/>	4

4. ¿Su tipo de vivienda es:

Casa / villa?	<input type="checkbox"/>	1
Departamento en casa o edificio?	<input type="checkbox"/>	2
Cuarto/s en casa de inquilinato?	<input type="checkbox"/>	3
Mediagua?	<input type="checkbox"/>	4
Rancho?	<input type="checkbox"/>	5
Covacha?	<input type="checkbox"/>	6
Choza?	<input type="checkbox"/>	7
Otra vivienda particular?	<input type="checkbox"/>	8

5. ¿El material predominante del piso de la vivienda es de:

Duela, parquet, tablón o piso flotante?	<input type="checkbox"/>	1
Cerámica, baldosa, vinil o porcelanato?	<input type="checkbox"/>	2
Mármol o marmetón?	<input type="checkbox"/>	3
Ladrillo o cemento?	<input type="checkbox"/>	4
Tabla/ tablón no tratado?	<input type="checkbox"/>	5
Caña sin tratar?	<input type="checkbox"/>	6
Tierra?	<input type="checkbox"/>	7
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	8

6. ¿El agua que recibe la vivienda es:

Por tubería, dentro de la vivienda?	<input type="checkbox"/>	1
Por tubería, fuera de la vivienda, pero dentro del edificio, lote o terreno?	<input type="checkbox"/>	2
Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?	<input type="checkbox"/>	3
No recibe agua por tubería, sino por otros medios?	<input type="checkbox"/>	4

7. Principalmente, ¿el agua que recibe la vivienda proviene o es suministrada por:

Empresa Pública/Municipio?	<input type="checkbox"/>	1
Juntas de Agua/Organizaciones Comunitarias/GAD parroquial?	<input type="checkbox"/>	2
Pozo?	<input type="checkbox"/>	3
Carro o tanquero repartidor?	<input type="checkbox"/>	4
Otras fuentes (río, vertiente, acequia, canal, grieta, lluvia, etc.)?	<input type="checkbox"/>	5

8. ¿El servicio higiénico de la vivienda es:

Inodoro o escusado conectado a red pública de alcantarillado?	<input type="checkbox"/>	1
Inodoro o escusado conectado a pozo séptico?	<input type="checkbox"/>	2
Inodoro o escusado conectado a biodigestor?	<input type="checkbox"/>	3
Inodoro o escusado conectado a pozo ciego?	<input type="checkbox"/>	4
Inodoro o escusado con descarga directa al mar, río, lago o quebrada?	<input type="checkbox"/>	5
Letrina?	<input type="checkbox"/>	6
No tiene	<input type="checkbox"/>	7

SECCIÓN 2: HOGAR

1. ¿Actualmente con cuántas personas vive, incluido/a usted?

Número de personas

2. Sin contar la cocina, baño(s) y cuarto(s) de negocio, ¿cuántos cuartos tiene la vivienda que usted ocupa, incluyendo sala y comedor?

Número de cuartos

3. Del total de cuartos de este hogar, ¿cuántos son exclusivos para dormir?

Número de cuartos

4. ¿En su hogar tiene acceso a internet?

SÍ	<input type="checkbox"/>	1
NO	<input type="checkbox"/>	2

5. ¿El hogar donde usted vive dispone de:

	SÍ	NO
Computadora (de escritorio o laptop)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tablet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones:

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

	Día	Mes	Año		
Fecha:	<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"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
--	---	---

3. ¿Tiene número de cédula ecuatoriana?

SÍ.....1	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NO.....2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
----------	---	----------	---

4. ¿Cuál es su estado civil o unión conyugal actual:

Separada/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
Divorciada/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2
Viuda/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3
Unida/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	4
Unión de hecho inscrita en el registro civil?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	5
Casada/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	6
Soltera/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	7

5. ¿Cómo se identifica usted según su cultura y costumbres:

Indígena?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
Afroecuatoriana/o o afrodescendiente?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2
Negra/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3
Mulata/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	4
Montubia/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	5
Mestiza/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	6
Blanca/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	7
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	8

6. ¿Actualmente está afiliada/o o cubierto/a por un seguro:

	SÍ	NO
Público (IESS, ISSFA, ISSPOL)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Privado?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>

7. ¿Usted tiene dificultad permanente para:

(Lea todas las opciones)	1. No tiene dificultad	2. Alguna dificultad	3. Mucha dificultad	4. Total dificultad
1. Caminar, subir o bajar gradas/escaleras?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
2. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3. Hablar, comunicarse o conversar?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
4. Oír, aun usando aparato auditivo?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
5. Ver, aun usando lentes?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
6. Recordar, entender o concentrarse?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>

8. ¿Tiene alguna discapacidad calificada por el Ministerio de Salud Pública (MSP)?

SÍ.....1	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	NO.....2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
----------	---	----------	---

9. ¿Su discapacidad es:

Intelectual?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
Física (motora, visceral)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2
Visual (ceguera, baja visión)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3
Auditiva (sordera)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	4
Psicosocial (autismo, asperger, etc.)?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	5
Lenguaje?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	6

10. ¿Dónde nació:

En esta ciudad o parroquia rural?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1	
En otro lugar del país?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; background-color: #FFD700; display: inline-block;">Pase a P.13</div>
En otro país?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3	

Registre el país en la columna provincia		
Provincia/país	Cantón	Parroquia

11. ¿Cuál es la razón principal por la que vino a este lugar/ ciudad?

Vino con su familia	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
Por trabajo	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2
Salud/ enfermedad	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3
Estudios	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	4
Matrimonio / relación de pareja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	5
Compró o le dieron casa o terreno	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	6
Le discriminaron en su lugar de nacimiento	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	7
Le expulsaron de su casa	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	8
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	9

Encuestador/a: El informante sólo debe contestar si en la P.10 marcó código 3, caso contrario pase a la P.13.

12. ¿Actualmente su condición migratoria es:

Refugiada/o?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
Solicitante de refugio?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2
Residente temporal?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	3
Residente permanente?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	4
No regularizado?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	5
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	6
No sabe/ No responde	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	99

13. ¿Usted tiene teléfono celular tipo Smartphone activado?

SÍ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1
NO	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	2

14. ¿Utiliza en su teléfono celular:

	SÍ	NO
Datos móviles?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Redes sociales?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Bluetooth?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Correo electrónico?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Google maps/ GPS?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Descarga de juegos, música, etc.?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Cámara?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Video conferencia?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>

15. ¿Usted para informarse usa:

	SÍ	NO
Televisión?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Radio?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Diarios/ revistas?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Facebook?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Instagram?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
TikTok?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Twitter/ Red X?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
WhatsApp?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Telegram?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Inteligencia artificial?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: EDUCACIÓN

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

1. ¿Usted asiste actualmente a clases en la educación regular o formal?

SÍ....1

NO....2

Pase a P.3

2. ¿Cuál es la razón principal por la que no asiste a la educación regular o formal?

- Edad 1
- Terminó sus estudios 2
- Falta de recursos económicos 3
- Por trabajo 4
- Por temor a los maestros 5
- Por enfermedad o discapacidad 6
- Por ayudar en quehaceres del hogar 7
- La familia no le permite estudiar 8
- No está interesada/o en estudiar 9
- Motivos de discriminación por orientación sexual o identidad de género 10
- Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____ 11

3. ¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó?

	Nivel	Año	
Ninguno	1	<input type="checkbox"/>	Pase a P. 4
Centro de alfabetización	2	<input type="checkbox"/>	
Jardín de infantes / preescolar	3	<input type="checkbox"/>	
Primaria	4	<input type="checkbox"/>	Pase a Sección 5
Educación General Básica (EGB)	5	<input type="checkbox"/>	
Secundaria	6	<input type="checkbox"/>	
Educación media/ bachillerato	7	<input type="checkbox"/>	Pase a P.5
Superior no universitario (institutos superiores técnicos y tecnológicos)	8	<input type="checkbox"/>	
Superior universitario (universidades, escuelas politécnicas)	9	<input type="checkbox"/>	
Posgrado (maestría / PhD)	10	<input type="checkbox"/>	

4. ¿Sabe leer y escribir?

SÍ....1

NO....2

Pase a la sección 5

5. ¿Obtuvo algún título en el nivel que indicó?

SÍ....1

NO....2

SECCIÓN 5: CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

Encuestador/a: Marque con una "X" según corresponda.

1. ¿La semana pasada usted:

- Trabajó al menos una hora para generar un ingreso? 1 **Pase a P.6**
- Realizó algún trabajo ocasional (cachuelo o chaucha) por un pago? 2
- Atendió un negocio propio? 3
- Ayudó en algún negocio o empleo de algún miembro de su hogar? 4
- No trabajó, pero si tiene un trabajo al que seguro va a volver? (por vacaciones, enfermedad, etc.) 5
- Hizo o ayudó en labores agrícolas, cría de animales o pesca? 6 **Pase a P.3**
- No trabajó? 7 **Pase a P.4**

2. ¿El trabajo que realizó usted fue en labores agrícolas, cría de animales o pesca?

SÍ.....1

NO.....2 **Pase a P.6**

3. ¿Los productos agrícolas o la cría de animales en los que trabajó usted, fueron:

- Todo para la venta? 1 **Pase a P. 6**
- La mayor parte para la venta? 2
- La mayor parte para consumo del hogar? 3
- Todo para el consumo del hogar? 4

4. En las últimas cuatro semanas, ¿usted hizo alguna gestión para buscar trabajo y está disponible para trabajar?

SÍ.....1 **Pase a P.15**

NO.....2

Observaciones:

SECCIÓN 6: DIVERSIDAD SEXO-GENÉRICA

Encuestador/a: Recuerde que sus datos son confidenciales de acuerdo al artículo 21 de la Ley de Estadística, y serán utilizados únicamente con fines estadísticos. Las siguientes preguntas se relacionan con aspectos de su sexualidad, siéntase en confianza para responder con toda libertad.

1. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer:

Hombre? 1

Mujer? 2

2. ¿Usted nació con características de ambos sexos en genitales, cromosomas, hormonas u otras?

Sí 1

NO 2

No sabe / No responde 99

Pase a P.3

2a. ¿Qué tipo de variación sexual tiene o tuvo:

SÍ **NO**

Variación sexual de genitales y órganos reproductivos? 1

Variación de cromosomas y/o patrones hormonales? 2

Variación de características del cuerpo? 3

Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____ 4

2b. ¿Quién valoró y determinó las variaciones sexuales en su caso:

Profesional médico al nacer? 1

Profesional médico después de nacer? 2

Supo que tenía variaciones sexuales por su cuenta? 3

Otras personas le dijeron? 4

No sabe / No responde 99

2c. ¿Qué intervención recibió para las variaciones sexuales:

SÍ **NO**

Cirugía de reasignación sexual? 1

Tratamiento hormonal? 2

Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____ 3

2d. ¿Quién decidió sobre la asignación del sexo:

SÍ **NO**

Padres, familiares? 1

Médicos? 2

Usted mismo? 3

Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____ 4

ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual se refiere a la atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un sexo o género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a las relaciones íntimas y/o sexuales con estas personas

3. Por lo descrito, ¿usted se auto identifica como:

Lesbiana? 1

Gay? 2

Bisexual? 3

Pansexual? 4

Asexual? 5

Heterosexual? 6

Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____ 7

3a. ¿Usted a que edad empezó a sentir atracción afectiva, física y/o sexual por alguien?

EDAD

No sabe/
No responde...99

IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género es la vivencia que cada persona siente profundamente respecto a sí misma. Incluye su forma de ser, pensar, sentir y actuar como masculino, femenino y/u otro género y puede corresponder o no con su sexo al nacer.

4. Por lo descrito, ¿usted se considera:

De género masculino? 1

De género femenino? 2

No binario? 3

Trans - masculino? 4

Trans - femenino? 5

Trans - no binario? 6

Pase a la sección 7

5. ¿Usted, se autoidentifica como una persona Trans?

Sí 1

NO 2

SECCIÓN 7: SALUD

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

SALUD REPRODUCTIVA

1. ¿Usted tiene o tuvo hijas/os?

SÍ...1

NO...2

Pase a P.3

2. ¿Las hijas/os que usted tiene son o fueron:

SÍ NO

Hijas/os biológicos? (Por reproducción asistida, reproducción asistida casera, coito, otros.)

1

Hijas/os de su pareja?

2

Hijas/os de crianza?

3

Por adopción?

4

Encuestador/a:

Solo si en la sección 6, P.1 respondió opción 2: realice la P.3

Solo si en la sección 6, P.1 respondió opción 1: pase a la P.4

3. ¿Actualmente se encuentra en estado de gestación (embarazo)?

SÍ...1

NO...2

4. ¿Ha considerado la posibilidad de ser padre o madre nuevamente o a futuro?

SÍ...1

NO...2

NS/NR...99

SALUD FÍSICA - PREVENTIVA

5. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó un chequeo médico o asistió a alguna atención de salud u odontológica?

En los últimos 3 meses

1

Entre 4 y 6 meses

2

Entre 7 y 9 meses

3

Entre 10 y 12 meses

4

Más de un año

5

Nunca

6

Pase a P.7

6. ¿Quién le atendió?

Médica/o

1

Enfermera/o

2

Curandera/o, hierbatera/o, medicina ancestral

3

Boticaria/o, farmacéutica/o

4

Pase a P.8

Odontóloga/o

5

Homeópata, acupunturista, etc. (Medicina alternativa)

6

Otro, ¿Cuál? (Especifique)

7

7. ¿Cuál es el principal motivo por el que no asistió a la atención de salud u odontológica:

No tiene tiempo?

1

No ve la necesidad?

2

Por falta de dinero?

3

No se siente cómodo/a con la atención que brindan los servicios de salud médica?

4

Ha tenido mala experiencia con la atención que brindan los médicos?

5

No confía en la medicina tradicional?

6

El establecimiento de salud queda lejos?

7

Ha sido discriminado/a por su orientación sexual o identidad de género?

8

No se respetó la privacidad/confidencialidad?

9

Otro, ¿Cuál? (Especifique)

10

8. ¿Principalmente, a qué establecimiento de salud suele acudir cuando necesita atención médica?

Ministerio de Salud Pública (MSP)

1

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)

2

Instituto de Seguridad Social de las FFAA/ Policía

3

Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD)

4

Hospital o clínica /JBG/SOLCA

5

Hospital o clínica privada

6

Consultorio privado

7

Otro, ¿Cuál? (Especifique)

8

SALUD SEXUAL

Profilaxis pre exposición y post exposición (PrEP y PEP), es una estrategia de prevención que reduce la probabilidad de adquirir el VIH.

9. ¿En los últimos doce meses de (...) a (...), ha recibido información sobre:

SÍ NO

Prevención de VIH?

1

Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)?

2

Uso de la profilaxis pre y post exposición (PrEP/PEP) ?

3

10. Quienes le hablaron u orientaron sobre temas de sexualidad:

SÍ NO

Padre y/o madre?

1

Pareja, esposa/o?

2

Otros familiares?

3

Amigas/os?

4

Maestra/o u orientadora/or escolar?

5

Personal de salud (Obstetra, psicóloga/o, médica/o, enfermera/o)?

6

Activistas o facilitadores de colectivos, grupos u organizaciones LGBTI+?

7

Promotores de salud y/o comunitarios?

8

Buscó información por su cuenta?

9

Otro, ¿Cuál? (Especifique)

10

11. ¿Para sus relaciones sexuales, generalmente usted utiliza:

SÍ NO

Condón femenino?

1

Condón masculino?

2

Condón de dedos/barrera de látex?

3

Lubricantes?

4

Otro, ¿Cuál? (Especifique)

5

SECCIÓN 7: SALUD

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

12. En los últimos 12 meses de (...) a (...) ¿se ha realizado pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual ITS?

SÍ...1 NO...2

13. En los últimos 12 meses de (...) a (...) ¿se ha realizado pruebas para detectar VIH?

SÍ...1 NO...2

Encuestador/a: Solo si en la P.12 y/o P.13 respondió opción 2, registre P.14, caso contrario pase a P.15

14. ¿Por qué razón no se ha realizado esta/s prueba/s:

	SÍ	NO
Por vergüenza?	1	<input type="checkbox"/>
Por miedo?	2	<input type="checkbox"/>
Por que pensó que era normal no realizarlas?	3	<input type="checkbox"/>
Pensó que no servía para nada?	4	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	5	<input type="checkbox"/>

15. Para prevenir el VIH ¿toma profilaxis pre exposición PrEP?

SÍ...1 NO...2

16. Para prevenir el VIH ¿toma profilaxis post exposición PEP?

SÍ...1 NO...2

Encuestador/a: Solo si en la sección 6, P.1 respondió opción 2 (mujer), registre P.17

17. En los últimos 12 meses de (...) a (...) ¿se ha realizado:

	SÍ	NO
Papanicolaou?	1	<input type="checkbox"/>
Mamografía?	2	<input type="checkbox"/>
Ecografía de pechos o senos?	3	<input type="checkbox"/>
Ecografía vaginal?	4	<input type="checkbox"/>
Autoexploración mamaria?	5	<input type="checkbox"/>

SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS PARA PERSONAS TRANS

Si en sección 6, P.4, respondió alternativas 4, 5 o 6 "O" en sección 6, P.5, respondió alternativa 1, continúe con la P.18.

Caso contrario pase a sección 7, pregunta 26

18. ¿Se ha realizado algún procedimiento para cambiar su sexo:

Hacia lo masculino? 1

Hacia lo femenino? 2

Ninguno? 3 → **Pase a P.26**

19. Ha usado o está usando hormonas como parte de su cambio de sexo?

SÍ 1

NO 2 → **Pase a P.21**

20. ¿Quién le administra o administró las hormonas:

	SÍ	NO
Médica/o?	1	<input type="checkbox"/>
Enfermera/o?	2	<input type="checkbox"/>
Farmacéutica/o?	3	<input type="checkbox"/>
Usted mismo?	4	<input type="checkbox"/>
Amiga/o?	5	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6	<input type="checkbox"/>

21. ¿Se ha inyectado alguna sustancia (distinta a las hormonas) como aceites, silicona, etc?

SÍ...1 NO...2 → **Pase a P.24**

22. ¿Quién le inyectó las sustancias:

	SÍ	NO
Médica/o?	1	<input type="checkbox"/>
Enfermera/o?	2	<input type="checkbox"/>
Un/a cosmetólogo/a o esteticista?	3	<input type="checkbox"/>
Usted misma/o?	4	<input type="checkbox"/>
Amiga/o?	5	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6	<input type="checkbox"/>

23. ¿En qué lugar/establecimiento le suministraron las sustancias:

	SÍ	NO
Hospitales/clínicas/centros médicos/ consultorios privados?	1	<input type="checkbox"/>
Farmacias?	2	<input type="checkbox"/>
Centros estéticos/SPA?	3	<input type="checkbox"/>
Peluquerías?	4	<input type="checkbox"/>
Casas (Propia o de amigas/os)?	5	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6	<input type="checkbox"/>

24. ¿Se ha realizado alguna cirugía como parte de su cambio de sexo?

SÍ...1 NO...2 → **Pase a P.26**

25. Debido a las sustancias inyectadas (a excepción de hormonas) o cirugías realizadas, ¿ha tenido consecuencias en su salud como:

	SÍ	NO
Malformaciones?	1	<input type="checkbox"/>
Derrames o infecciones?	2	<input type="checkbox"/>
Problemas renales?	3	<input type="checkbox"/>
Daños cardiacos?	4	<input type="checkbox"/>
Discapacidad?	5	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 7: SALUD

VIOLENCIA EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

<p>26. A lo largo de su vida ¿ha recibido atención gineco obstétrica, urológica o proctológica?</p>	<p>26a. A lo largo de su vida, en las atenciones de salud recibidas (gineco obstétrica, urológica o proctológica), ¿tuvo algunas de las siguientes experiencias:</p>	<p>26b. Principalmente, ¿En qué establecimiento de salud ocurrió este hecho?</p>
<p>SÍ...1</p> <p>NO...2</p> <p>Pase a la siguiente sección</p>	<p>1 SÍ</p> <p>2 NO</p> <p>88... No aplica</p> <p>Siguiente numeral</p>	<p>1. Ministerio de Salud Pública (MSP)</p> <p>2. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)</p> <p>3. Instituto de Seguridad Social de las FFAA/ Policía</p> <p>4. Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD)</p> <p>5. Hospital o clínica /JBG/SOLCA</p> <p>6. Hospital o clínica privada</p> <p>7. Consulta privada</p> <p>8. Otro, ¿Cuál? (Especifique)</p>
<p>Sólo para las personas que respondieron en la sección 6, P.1, la opción 1 (Hombre)</p>	<p>1. Asumieron que era heterosexual?</p> <p>2. Le hicieron preguntas innecesarias o invasivas sobre su orientación sexual o identidad de género?</p> <p>3. Le cuestionaron por su orientación sexual o identidad de género?</p> <p>4. Usaron un lenguaje rudo, abusivo u ofensivo durante la atención?</p> <p>5. Recibió gestos o comentarios incómodos por el número de parejas sexuales que ha tenido?</p> <p>6. Le negaron el servicio por su orientación sexual o identidad de género?</p> <p>7. El profesional de salud se negó a tocarle o utilizó precauciones excesivas?</p> <p>8. Le pidieron o exigieron el afeitado de la región púbica o lavado intestinal (enema), sin información previa?</p> <p>9. Le hicieron tacto en reiteradas ocasiones y diferentes personas sin su consentimiento y/o información?</p>	<p>CÓD.</p>
<p>Sólo para las personas que respondieron en la sección 6, P.1, la opción 2 (Mujer)</p>	<p>10. Le han realizado tacto rectal u otro procedimiento sin explicarle o sin su consentimiento?</p> <p>11. Le han realizado papanicolaou, tacto vaginal, uso de espéculo u otro procedimiento sin explicarle o sin su consentimiento?</p> <p>12. Le realizaron el corte vaginal (episiotomía) durante el parto sin informarle la razón que tuvieron para hacerlo y/ o le suturaron sin anestesia local?</p>	

SECCIÓN 8: DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA

<p>1. ¿Quiénes de las siguientes personas conocen su orientación sexual o identidad de género:</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>No aplica 88</p> <p>Encuestador: si registró las opciones 2 o 88: pase al siguiente numeral</p>	<p>1a. ¿Cómo calificaría su aceptación:</p> <table border="1"> <tr> <td>Rechazo total?</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Aceptación parcial?</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Aceptación total?</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>No sabe/ No responde?</td> <td>99</td> </tr> </table>	Rechazo total?	1	Aceptación parcial?	2	Aceptación total?	3	No sabe/ No responde?	99
Rechazo total?	1									
Aceptación parcial?	2									
Aceptación total?	3									
No sabe/ No responde?	99									
<p>1 Su madre?</p>										
<p>2 Su padre?</p>										
<p>3 Sus hijas/os?</p>										
<p>4 Su pareja?</p>										
<p>5 Sus hermanas/os?</p>										
<p>6 Otros familiares?</p>										
<p>7 Sus amigas/os?</p>										
<p>8 Sus compañeras/os de estudio y/o trabajo?</p>										
<p>9 Personas de organizaciones LGBTI+?</p>										

SECCIÓN 8: DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA

<p>2. A lo largo de su vida, ha vivido alguna de las siguientes experiencias por su orientación sexual, identidad o expresión de género, como:</p> <p>SÍ1</p> <p>NO.....2</p> <p>No aplica...88</p> <p>Siguiente numeral</p>		<p>¿En qué ámbito ocurrió: (indique la principal alternativa para cada ámbito)</p>					<p>2f. ¿Este hecho ocurrió en los últimos 12 meses?</p> <p>SÍ1</p> <p>NO.....2</p> <p>No Aplica....88</p>
		<p>2a. Ámbito familiar?</p> <p>1. Madre/ padre</p> <p>2. Hermanas/os</p> <p>3. Pareja/ expareja</p> <p>4. Otro familiar</p> <p>5. Familia de pareja/ expareja</p> <p>6. Ninguno</p>	<p>2b. Ámbito educativo?</p> <p>1. Compañeros/as</p> <p>2. Profesor/a o director/a</p> <p>3. Personal administrativo o de servicios</p> <p>4. Conductor/a/or de transporte escolar</p> <p>5. Bienestar estudiantil / DOBE / DECE</p> <p>6. Ninguno</p>	<p>2c. Ámbito laboral?</p> <p>1. Compañeras/os</p> <p>2. Jefa/e o superior</p> <p>3. Personal administrativo, de limpieza, etc.</p> <p>4. Clientes</p> <p>5. Otros/os</p> <p>6. Ninguno</p>	<p>2d. Sector público?</p> <p>1. Personal de salud, pacientes</p> <p>2. Policía</p> <p>3. FFAA</p> <p>4. Agente de tránsito / municipal</p> <p>5. Servidores públicos</p> <p>6. Ninguno</p>	<p>2e. Ámbito social y comunitario?</p> <p>1. Amigas/ os</p> <p>2. Vecinas/ os</p> <p>3. Conocida/o ó desconocida/o</p> <p>4. Pastor, sacerdote o líder religioso</p> <p>5. Personal de transporte</p> <p>6. Líder político, líder comunitario o autoridad local</p> <p>7. Personal de seguridad</p> <p>8. Ninguno</p>	
<p>Experiencias</p>	<p>Cód.</p>						
1. ¿Le ignoraron, insultaron, gritaron, ofendieron, humillaron o se burlaron por su forma de pensar, actuar, expresarse o vestirse?							
2. ¿Le obligaron a comportarse de forma más masculino o más femenina (expresarse y/o vestirse)?							
3. ¿Le prohibieron o amenazaron para que no participe en alguna organización política, social, comunitaria LGBTI+ y otras?							
4. ¿Le impusieron un novia/o para que cambie o le obligaron a casarse con una persona heterosexual?							
5. (Solo para quienes respondieron que tienen hijos) ¿Le amenazaron con quitarle la custodia de sus hijas/os?							
6. ¿Le obligaron a asistir a un psicólogo, psiquiatra, cura, pastor, autoridad institucional o religiosa para cambiar su orientación sexual o identidad de género?							
7. (Solo para población trans) ¿Le han tratado como hombre o mujer biológica?							
8. ¿Le enviaron mensajes o publicaron comentarios con insultos u ofensas y/o difundieron sin su consentimiento contenido sexual, de desnudos, etc., a través de correo electrónico o redes sociales?							
9. ¿Le acosaron sexualmente y/o le obligaron a tener relaciones sexuales?							
10. ¿Le quitaron o se apropiaron de sus documentos, dinero, bienes, entre otros?							
11. ¿Le agredieron con empujones, jalones de cabello, patadas, puñetes o le lanzaron algún objeto?							
12. ¿Le atacaron o agredieron con algún cuchillo, machete, navaja o arma de fuego o intentaron acabar con su vida?							
13. ¿Le hicieron comentarios acerca de que no puede desempeñar trabajos, tener un ascenso u otro tipo de logro personal o profesional y/o continuar con sus estudios?							
14. ¿Le prohibieron la entrada, circular o permanecer en el espacio público (parques plazas, mercados) y/o lugares privados?							
15. ¿Le aislaron o encerraron para evitar contacto con sus amigas/os, conocidos/as, familiares, pareja y/o le expulsaron de la casa?							
16. Le llevaron detenida/o de forma arbitraria?							
17. ¿Por su orientación sexual o identidad de género, le solicitaron realizarse una prueba de ITS o VIH?							
18. ¿Le realizaron una cirugía de reasignación sexual y/o tratamiento hormonal para cambio de sexo- género en contra de su voluntad?							

SECCIÓN 8: DISCRIMINACIÓN Y VIOLENCIA

Sólo si el informante registró código 1 en alguna de las alternativas de la pregunta 2f de esta sección, caso contrario pase a P.7

3. En los últimos 12 meses de (...) a (...), como consecuencia de las experiencias antes indicadas ¿ha sentido la necesidad de recibir atención psicológica?

Sí....1	NO....2
---------	---------

4. En los últimos 12 meses de (...) a (...) como consecuencia de las experiencias antes indicadas ¿ha recibido atención en salud mental?

Sí....1	→ Pase a P.6	NO....2
---------	---------------------	---------

5. ¿Por qué razón no recibió atención en salud mental en los últimos 12 meses?

No tuvo la necesidad	1
No le quisieron atender por su orientación sexual o identidad de género	2
No había turnos disponibles	3
Tiene malas experiencias en los servicios de atención de salud	4
Falta de dinero	5
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6

Encuestador/a: las siguientes preguntas son sensibles, por lo que le pido tenga confianza para facilitar la información.

6. En los últimos 12 meses de (...) a (...), como consecuencia de las experiencias antes indicadas, ¿ha pensado en quitarse la vida?

Sí	1
NO	2
No sabe/ No responde	99

7. A lo largo de su vida, como consecuencia de las experiencias antes indicadas, ¿ha intentado quitarse la vida?

Sí	1
NO	2
No sabe/ No responde	99

PRÁCTICAS DE CONVERSIÓN

8. ¿Usted ha vivido alguna de las siguientes prácticas:

	SÍ	NO
Le suministraron sin su consentimiento hormonas/ medicamentos?	1	
Le forzaron a participar en prácticas/rituales, religiosos/espirituales, le hicieron exorcismo?	2	
Le violaron o le forzaron a tener prácticas sexuales?	3	
Terapias psicológicas o psiquiátricas para conversión?	4	
Le internaron en un centro de adicciones o en un centro clandestino de conversión?	5	

Si el informante registró código 2 (No) en todas las alternativas de la P.8, pase a la sección 9.

9. ¿Principalmente, quién gestionó/forzó estas prácticas de conversión:

Yo mismo?	1
Padre, madre o hermanas/os?	2
Tíos, tías, primas/os, etc...?	3
Pareja o expareja?	4
Grupo religioso?	5
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	6
No sabe/ No responde	99

Solo si el informante registró código 1 (Si) en alternativa 5 de la P.8 de esta sección, caso contrario pase a la sección 9.

10. ¿Cómo ocurrió su internamiento:

	SÍ	NO
Por voluntad propia?	1	
Por secuestro?	2	
Por intimidación, engaño o amenaza?	3	
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	4	

11. ¿Vivió algunas experiencias en su internamiento como:

	SÍ	NO
Golpes u otras agresiones físicas?	1	
Gritos, insultos, amenazas o burla?	2	
Acoso sexual?	3	
Abuso sexual?	4	
Violación sexual?	5	
Daños o apropiaciones de sus pertenencias?	6	
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	7	

SECCIÓN 9: ACCESO A LA JUSTICIA

Sólo si el informante registró código 1 en alguna de las alternativas de la pregunta 2f de la sección 8, caso contrario pase a sección 10

1. Como consecuencia de las experiencias antes indicadas, ¿En los últimos 12 meses de (...) a (...) realizó alguna denuncia por discriminación o violencia?

Sí.....1	→ Pase a P.3	NO....2
----------	---------------------	---------

2. ¿Cuál fue la razón principal por la que no denunció:

Por vergüenza?	1
No sabía cómo o dónde hacerlo?	2
Se sintió culpable?	3
Llegaron a un acuerdo?	4
Porque su familia o comunidad le convencieron de no hacerlo?	5
Creía que no servía para nada?	6
No quería que se supiera?	7
Por falta de recursos económicos?	8
Le amenazaron, tenía miedo a represalias o venganza?	9
Falta de tiempo/trámites muy largos o complicados?	10
No confía en las autoridades?	11
Porque se trató de un hecho sin importancia?	12
No tiene visa o documentos de identidad?	13
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	14

Pase a la sección 10

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 9: ACCESO A LA JUSTICIA

3. ¿A dónde acudió principalmente a denunciar y/o poner en conocimiento estos hechos:

Unidad de Policía Comunitaria (UPC)?	<input type="checkbox"/>	1
Fiscalía General del Estado?	<input type="checkbox"/>	2
Juzgados de violencia intrafamiliar?	<input type="checkbox"/>	3
Centros de equidad y justicia?	<input type="checkbox"/>	4
Tenencia política?	<input type="checkbox"/>	5
Defensoría del pueblo?	<input type="checkbox"/>	6
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	7

4. ¿Continuó con el proceso de denuncia?

SÍ.....1

NO.....2 → **Pase a P.6**

5. ¿Se determinó sentencia o sanción?

SÍ.....1

NO.....2

En trámite....3

→ **Pase a la sección 10**

6. ¿Cuáles fueron las razones por las que no continuó con la denuncia:

	SÍ	NO
Atención inadecuada de la institución donde hizo la denuncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de la institución a la que acudió, le aconsejó no seguir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fue discriminada/o o revictimizada/o?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de confianza en el sistema de justicia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temía por las represalias o fue amenazado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por falta de abogado patrocinador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por falta de recursos económicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 10: DERECHO A LA IDENTIDAD Y FILIACIÓN

Encuestador/a: marque con una "X" según corresponda.

1. ¿Conoce usted que existen leyes y normativas en Ecuador que protegen los derechos de las personas LGBTI+, sancionan la discriminación, los delitos y crímenes de odio por orientación sexual e identidad de género?

SÍ.....1

NO.....2

2. ¿Sabía que existe la posibilidad de modificar documentos oficiales como la cédula de ciudadanía para el reconocimiento del género y/o sexo?

SÍ.....1

NO.....2 → **Pase a P.4**

3. ¿Usted ha realizado en el registro Civil el cambio en su cédula de ciudadanía sobre:

	SÍ	NO
Nombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Género?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Conoce o ha escuchado sobre los derechos al matrimonio civil igualitario y uniones de hecho?

SÍ.....1

NO.....2 → **Pase a P.7**

5. ¿Usted ha accedido al derecho del matrimonio igualitario en Ecuador?

SÍ.....1

NO.....2 → **Pase a P.7**

6. ¿En qué año accedió al matrimonio civil igualitario?

AÑO

Encuestador/a: si la persona en la sección 7, P.1 respondió opción 1 continuar, caso contrario pasar a la sección 11

7. ¿Sus hijas/os fueron inscritos en el registro civil ecuatoriano?

SÍ.....1

NO.....2

8. ¿Sus hijas/os viven con usted?

SÍ.....1 → **Pase a Sección 11**

NO.....2

9. ¿Por qué no viven con usted?

Porque ya son mayores de edad/ se independizaron	<input type="checkbox"/>	1
Viven con papá o mamá por mutuo acuerdo	<input type="checkbox"/>	2
Viven con papá, mamá u otro familiar (por decisión judicial)	<input type="checkbox"/>	3
Perdió la patria potestad	<input type="checkbox"/>	4
Por dificultades económicas	<input type="checkbox"/>	5
Por el trabajo	<input type="checkbox"/>	6
Por movilidad humana/migración	<input type="checkbox"/>	7
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	8

SECCIÓN 11: PARTICIPACIÓN CIUDADANA

1. ¿En los últimos 12 meses de (...) a (...), usted ha participado en un grupo, colectivo u organización social LGBTI+?

SÍ.....1

NO.....2

2. ¿En qué tipo de organización, grupo o colectivo que no sea LGBTI+, ha participado principalmente:

Grupos políticos?	<input type="checkbox"/>	1
Grupos sociales y/o culturales?	<input type="checkbox"/>	2
Grupos profesionales y/o de estudiantes?	<input type="checkbox"/>	3
Grupos de pueblos o nacionalidades indígenas?	<input type="checkbox"/>	4
Grupos del barrio/comunidad?	<input type="checkbox"/>	5
Grupos religiosos?	<input type="checkbox"/>	6
Grupos de jóvenes?	<input type="checkbox"/>	7
Grupos deportivos?	<input type="checkbox"/>	8
Grupos o movimientos de mujeres?	<input type="checkbox"/>	9
Grupos/ organizaciones de emprendimientos/ asociaciones	<input type="checkbox"/>	10
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	<input type="checkbox"/>	11
Ninguno	<input type="checkbox"/>	12

→ **Pase a P.4**

SECCIÓN 11: PARTICIPACIÓN CIUDADANA

3. Principalmente ¿Cuál es el motivo por lo que no participa en movimientos y/u organizaciones:

No le interesa?	1
No desea que se enteren de su orientación identidad de género?	2
Por la discriminación y violencia a las personas LGBTI+ en acciones públicas?	3
Por la falta de garantías de derechos para la manifestación pública de la población LGBTI+?	4
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	5

4. ¿Conoce los mecanismos de participación ciudadana como: silla vacía, consejos consultivos, observatorios, presupuesto participativo, rendición de cuentas, veedurías, etc.?

Sí.....1
 NO.....2
 Pase a P.6

5. ¿Usted, su grupo, colectivo u organización social ha hecho uso de alguno de los mecanismos de participación?

Sí	1
NO	2
No sabe/ No responde	99

6. ¿Ha recibido en los últimos 12 meses de (...) a (...) capacitaciones en:

	SÍ	NO
Participación ciudadana y control social?	1	
Empleabilidad?	2	
Emprendimiento/educación financiera?	3	
Motivación, autoestima, empoderamiento, liderazgo?	4	
Derechos humanos?	5	
Salud sexual y reproductiva?	6	
Formación artesanal/oficios?	7	
Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	8	

CIERRE

Muchas gracias por participar en la encuesta. Recuerde que la información brindada es reservada y será utilizada estrictamente para fines estadísticos sobre la situación actual de la comunidad LGBTI+ en el Ecuador.

REFERENCIAS

1. ¿Conoce a personas LGBTI+ de 18 años y más que les gustaría participar en esta encuesta?

Sí...1
 NO..2
 Pase a P.3

Nombres y apellidos	Seudónimo	Núm. telefónico	Ciudad	Código de quien le refiere (uso Encuestador)

2. ¿Podemos utilizar su nombre para contactarnos con las personas referidas?

Sí.....1
 NO.....2

3. En la actualidad, aproximadamente ¿Cuántas personas de 18 años y más, pertenecientes a la Población LGBTI+ que viven en el Ecuador, forman parte de su círculo de conocidos, es decir, personas que usted conoce y también le conocen:

Población LGBTI+	Cuantas?	De esta cantidad cuantas no son visibles?	
- Lesbianas?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	Encuestador/a: debe mencionar cada subpoblación o categoría de orientación sexual, o identidad de género.
- Gays?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Bisexuales?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Personas trans masculinos?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Personas trans femeninos?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Personas intersexuales?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Personas pansexuales?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Personas asexuales?	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Otro, ¿Cuál? (Especifique) _____	Número <input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DE LA PERSONA INFORMANTE

4. ¿Para futuras encuestas, le gustaría proporcionarnos su nombre/nombre social, apellido, cédula de identidad y número de teléfono para contactarlo?

Sí.....1
 NO.....2
 Encuestador/a: Si el informante es semilla FIN DE LA ENTREVISTA, caso contrario pase a P.5

Nombres y apellidos	Seudónimo	Cédula de identidad	E-mail	Núm. telefónico

Encuestador/a: Si el informante es semilla FIN DE LA ENTREVISTA, caso contrario continúe a P.5 (Solo para referidos)

5. ¿Cree usted que fue referido/a por alguna razón específica?

Sí	1
NO	2
No sabe/ No responde	99

Fin de la entrevista