



EL SALVADOR, ENCUESTA DE INDICADORES
MÚLTIPLES POR CONGLOMERADOS, MICS 2014

CUESTIONARIO DE MUJERES INDIVIDUALES

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<p><i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i></p>		
<p>WM1. Número de conglomerado:</p> <p>_____</p>	<p>WM2. Número de hogar:</p> <p>_____</p>	
<p>WM3. Nombre de la mujer:</p> <p>Nombre _____</p>	<p>WM4. Número de línea de la mujer:</p> <p>_____</p>	
<p>WM5. Nombre y número de la entrevistadora:</p> <p>Nombre _____</p>	<p>WM6. Día/Mes/Año de la entrevista:</p> <p>_____ / _____ / 2014</p>	
<p><i>Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:</i></p> <p>SOMOS DE MINSAL. ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 50 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>	<p><i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>AHORA ME GUSTARÍA CONVERSAR SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 50 MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>	
<p>¿PUEDO COMENZAR AHORA?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no se concede permiso ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.</p>		
<p>WM7. Resultado de la entrevista con la mujer</p>	<p>Completada01</p> <p>Ausente.....02</p> <p>Rechazo.....03</p> <p>Parcialmente completada04</p> <p>Incapacitada05</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ 96</p>	
<p>WM8. Nombre y número del editor de campo:</p> <p>Nombre _____</p>	<p>WM9. Nombre y número del digitador de ingreso de datos:</p> <p>Nombre _____</p>	
<p>WM10. Anote la hora.</p>	<p>Hora y minutos : _____</p>	

ANTECEDENTES DE LA MUJER		WB
WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ?	Fecha de nacimiento: Mes _ _ No sabe el mes 98 Año _ _ _ _ No sabe el año 9998	
WB2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE? <i>Indague: ¿QUÉ EDAD CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos) _ _	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PARVULARIA?	Sí 1 No 2	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Parvularia 10 Primaria (1°-6° grado) 11 Secundaria (Baja/ Tercer ciclo/7°,8°,9°) ... 12 Bachillerato General 13 Bachillerato Vocacional 14 Superior no universitario 15 Superior universitario 16 Especial 17	10⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer grado de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Grado _ _	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria, bachillerato, superior no universitario o superior universitario(WB4=12 ,13 ,14, 15, 16) ⇒ Vaya al Siguiente Módulo <input type="checkbox"/> Primaria (WB4=11) ⇒ Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada 1 Puede leer sólo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa 3 La frase no estaba en el idioma requerido 4 <i>(especifique el idioma)</i> Ciega/vista impedida 5	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

MT

MT1. Verifique WB7:

La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2

Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2

No puede leer nada o es ciega/vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
---	---	--

MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
--	---	--

MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
--	---	--

MT5. Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?		
<input type="checkbox"/> Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con MT6		
<input type="checkbox"/> Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya al Siguiente módulo		

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí..... 1 No 2	2⇒MT9
--	-------------------------	-------

MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí..... 1 No 2	2⇒MT9
--	-------------------------	-------

MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
--	---	--

MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiente módulo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------

MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiente módulo
---	-------------------------	--------------------

MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca..... 4	
--	---	--

FECUNDIDAD- HISTORIAL DE NACIMIENTO		CM
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO A LO LARGO DE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA DADO A LUZ Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa __ __ Hijas viviendo en casa __ __	
CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/SO HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA DADO A LUZ PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA?	Sí..... 1 No 2	2⇒CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar..... __ __ Hijas en otro lugar..... __ __	
CM8. ¿HA DADO A LUZ ALGUNA VEZ ALGÚN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS? <i>Si la respuesta es "No", indague preguntando lo siguiente:</i> ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS	Sí..... 1 No 2	2⇒CM10
CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO? ¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO? <i>Si la respuesta es ninguno/a, anote '00'.</i>	Niños varones muertos..... __ __ Niñas muertas..... __ __	
CM10. <i>Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.</i>	Total..... __ __	
CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (número total en CM10) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?		
<input type="checkbox"/> Sí. Verifique abajo:		
<input type="checkbox"/> No nacidos vivos ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		
<input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con el modulo HISTORIAL DE NACIMIENTOS		
<input type="checkbox"/> No ⇒ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el modulo HISTORIAL DE NANCIMIENTOS o Modulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		

HISTORIAL DE NACIMIENTOS

BH

AHORA ME GUSTARÍA ANOTAR LOS NOMBRES DE TODOS SUS NACIDOS VIVOS A LOS QUE HAYA DADO A LUZ, ESTÉN VIVOS O NO, EMPEZANDO POR EL PRIMERO QUE TUVO.

Anote los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (primer/siguiente) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS/ GEMELOS? 1 Único 2 Múltiple	BH3. ¿ES (nombre) NIÑO O NIÑA? 1 Niño 2 Niña	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA? 1 Sí 2 No BH9	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? Anote la edad en años cumplidos.	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED? 1 Sí 2 No	BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI) Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.	BH9. <u>Si ha fallecido:</u> ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ? Si es "1 año", indague: ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)? Anote días si es menos de 1 mes; anote meses si es menos de 2 años; o años		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER? 1 Sí 2 No	
				Mes	Año					S	N	Edad	S
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒Próxima Línea		
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___	___	Días 1 Meses 2 Años 3 ⇒BH10	1 Añada Nacido	2 Siguiete Nacido

BH Núm. Línea	BH1. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE SU (primer/siguiente) BEBÉ?	BH2. ¿ALGUNO DE ESTOS NACIMIENTOS FUE DE MELLIZOS/ GEMELOS?	BH3. ¿Es (nombre) NIÑO O NIÑA?	BH4. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ (nombre)? Indague: ¿CUÁNDO ES SU CUMPLEAÑOS?		BH5. ¿VIVE (nombre) TODAVÍA?	BH6. ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) EN SU ÚLTIMO CUMPLE- AÑOS? Anote la edad en años cumplidos.	BH7. ¿VIVE (nombre) CON USTED?	BH8. Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HLI) Anote "00" si el niño/la niña no está listado/a.	BH9. <i>Si ha fallecido:</i> ¿QUÉ EDAD TENÍA (nombre) CUANDO FALLECIÓ? <i>Si es "1 año", indague:</i> ¿CUÁNTOS MESES TENÍA (nombre)? <i>Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; o años</i>		BH10. ¿HUBO ALGÚN OTRO NACIDO VIVO ENTRE (nombre del nacido anterior) Y (nombre), INCLUSIVE CUALQUIER NIÑO/A QUE FALLECIERA DESPUÉS DE NACER?	
		1 Único 2 Múltiple	1 Niño 2 Niña			1 Sí 2 No BH9		1 Sí 2 No				1 Sí 2 No	
Línea	Nombre	U M	H M	Mes	Año	S N	Edad	S N	Núm. línea	Unidad	Número	S N	
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Días 1 Meses..... 2 Años 3	___	1 2 Añada Siguiete Nacido Nacido	
BH11. ¿HA TENIDO USTED ALGÚN NACIDO VIVO DESDE EL NACIMIENTO DE (nombre del último nacido en el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO)?									Sí.....1 No.....2	1⇒Anote nacido/s en el Historial de nacimiento			

CM12A. Compare el número en CM10 con el número de nacimientos en el Historial de nacimientos de arriba y verifique:

- Los números son los mismos ⇒ Continúe con CM13
- Los números son diferentes ⇒ Indague y reconcilie

CM13. Verifique BH4 en el **HISTORIAL DE NACIMIENTOS**: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2012** (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2012**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)

- No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de **SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD**.
- Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO**DB**

Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13_____.
Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.

DB1. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí.1 No2	1⇒Siguiete módulo
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante1 No más2	2⇒Siguiete módulo
DB3. ¿CUÁNTO MÁS TIEMPO QUERÍA USTED ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Meses1__ __ Años.....2__ __ No sabe998	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO
MN

Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.

Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.

MN1. ¿CONSULTÓ USTED A ALGUIEN PARA EL CHEQUEO PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí 1 No 2	2⇒MN5															
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Enfermera auxiliar C Otra persona Partera tradicional F Promotora de salud del MINSAL G Otro (especifique) X																
MN2A. ¿DE CUÁNTAS SEMANAS O MESES ESTABA USTED EMBARAZADA CUANDO RECIBIÓ CHEQUEO PRENATAL POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Semanas 1 ___ ___ Meses 2 0 ___ No sabe 998																
MN3. ¿CUÁNTOS CHEQUEOS PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces ___ ___ No sabe 98																
MN4. COMO PARTE DE SU CHEQUEO PRENATAL, ¿SE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?: [A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL? [B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA? [C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE? [D] ¿TUVO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA AL MENOS UNA VEZ?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">Sí</td> <td style="text-align:right;">No</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Atención odontológica</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2	Atención odontológica	1	2	
	Sí	No															
Presión arterial.....	1	2															
Muestra de orina.....	1	2															
Muestra de sangre.....	1	2															
Atención odontológica	1	2															
MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA TARJETA U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS? ¿PUEDO VERLO, POR FAVOR? <i>Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	Sí (vio la tarjeta)..... 1 Sí (no vio la tarjeta) 2 No 3 No sabe 8																
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANO, ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?	Sí 1 No 2 No sabe 8	2⇒MN9 8⇒MN9															

MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Número de veces..... No sabe 8	8⇒MN9
MN8. ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7? <input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17 <input type="checkbox"/> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?	Sí.1 No.....2 No sabe.....8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces No sabe8	8⇒MN17
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (nombre)? <i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i>	Hace (años)	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (nombre)? <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico A Enfermera B Enfermera auxiliar..... C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor/a de salud del MINSAL... G Pariente/amiga/o..... H Otro (especifique) X Nadie Y	

<p>MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del lugar</i>)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada..... 11</p> <p>Otra casa 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL20</p> <p>Unidad de salud del MINSAL21</p> <p>Hospital del ISSS22</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS.....23</p> <p>Clínica comunal o municipal24</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>)26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado.....31</p> <p>Clínica privada.....32</p> <p>Casa privada de maternidad33</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>)36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿SE CORTÓ SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA ¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORES DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes.....1</p> <p>Después.....2</p>	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE LO NORMAL, TAMAÑO NORMAL, MÁS PEQUEÑO QUE LO NORMAL O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande 1</p> <p>Más grande que lo normal2</p> <p>Tamaño normal3</p> <p>Más pequeño que lo normal.....4</p> <p>Muy pequeño.....5</p> <p>No sabe 8</p>	
<p>MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i></p>	<p>De la tarjeta1 (kg) ____ . ____</p> <p>De memoria.....2 (kg) ____ . ____</p> <p>No sabe 99998</p>	
<p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i></p> <p><i>En cualquier otro caso, anote días.</i></p>	<p>Inmediatamente..... 000</p> <p>Horas..... 1 ____</p> <p>Días 2 ____</p> <p>NS/no recuerda 998</p>	

MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	Sí..... 1 No..... 2	2⇒ Siguiente módulo
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Leche (que no sea leche materna)A Agua solaB Agua con azúcar o con glucosa C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y salE Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés G Té/infusiones H Miel..... I Otro (<i>especifique</i>).....X	

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL		PN
<p><i>Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i></p> <p><i>Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.</i></p>		
<p>PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en un centro de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=20-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN6</p>		
<p>PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ___</p> <p>Días 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NS/ no recuerdo 998</p>	
<p>PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN4. ¿Y HAN EVALUADO <u>SU</u> CONDICIÓN DE SALUD – ES DECIR, ALGUIEN HA EVALUADO SU CONDICIÓN DE SALUD, POR EJEMPLO: AL HACERLE PREGUNTAS ACERCA DE SU CONDICIÓN DE SALUD O LA HAN EXAMINADO?</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE <u>SU</u> SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>).</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		

<p>PN7. USTED YA HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>TRAS EL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A (<i>nombre</i>), CHEQUEARA EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>TRAS EL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1 Más de una vez..... 2</p>	<p>1⇒PN12A 2⇒PN12B</p>
<p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas..... 1 ___</p> <p>Días 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NS/no recuerda 998</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Doctor..... A</p> <p>Enfermera B</p> <p>Enfermera auxiliar C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional F</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL..... G</p> <p>Pariente/amigo/a..... H</p> <p>Otro/a (<i>especifique</i>) X</p>	

<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Hogar</p> <p>Hogar de la entrevistada 11</p> <p>Otro hogar 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL 20</p> <p>Unidad de salud del MINSAL 21</p> <p>Hospital del ISSS 22</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS..... 23</p> <p>Clínica comunal o municipal 24</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital Privado 31</p> <p>Clínica/ Médico privado 32</p> <p>Casa privada de maternidad 33</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) 36</p> <p>Otro sitio (<i>especifique</i>) 96</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un centro de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=20-27 o 31-36) ⇒ Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇒ Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (nombre o tipo de centro en MN18), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN SU SALUD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una promotora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN18</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19</p>		
<p>PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (persona o personas en MN17), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (nombre), ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE USTED?</p> <p>ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez 2</p>	<p>1⇒PN21A</p> <p>2⇒PN21B</p>

<p>PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ___ ___</p> <p>Días 2 ___ ___</p> <p>Semanas 3 ___ ___</p> <p>NS/no recuerda 998</p>	
<p>PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Doctor..... A</p> <p>Enfermera B</p> <p>Enfermera auxiliar C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional F</p> <p>Promotor/a de salud del MINSAL..... G</p> <p>Pariente/amigo/a..... H</p> <p>Otro/a (<i>especifique</i>) X</p>	
<p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nombre del sitio)</p>	<p>Hogar</p> <p>Hogar de la entrevistada 11</p> <p>Otro hogar 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del MINSAL 20</p> <p>Unidad de salud del MINSAL 21</p> <p>Hospital del ISSS 22</p> <p>Unidad (Clínica) del ISSS..... 23</p> <p>Clínica comunal o municipal 24</p> <p>Otro público (<i>especifique</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital Privado 31</p> <p>Clínica/ Médico privado 32</p> <p>Casa privada de maternidad 33</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) 36</p> <p>Otro sitio (<i>especifique</i>) 96</p>	
<p>PN24 ¿EN EL CURSO DE ESTE CONTROL/ CONTROLES DESPUÉS DEL PARTO RECIBIÓ ORIENTACIÓN SOBRE MÉTODOS PARA DEMORAR O EVITAR OTRO EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN25. ¿EMPEZÓ A UTILIZAR ALGÚN MÉTODO LUEGO DEL PARTO PARA DEMORAR O EVITAR OTRO EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	

IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?

Sí ⇒ Continúe con IS2.

No ⇒ Vaya al siguiente módulo.

IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN CENTRO DE SALUD.
¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UN CENTRO DE SALUD INMEDIATAMENTE?

Indague:

¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.

Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias

- El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantadoA
- El niño/a empeoraB
- El niño/a comienza a tener fiebre..... C
- El niño/a tiene respiración rápida..... D
- El niño/a tiene dificultades para respirarE
- El niño/a tiene sangre en las heces F
- El niño/a ingiere poco líquido G
- Otro (*especifique*) X
- Otro (*especifique*) Y
- Otro (*especifique*) Z

ANTICONCEPCION
CP

<p>CP0. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>LAS PAREJAS UTILIZAN VARIOS MEDIOS PARA RETRASAR O EVITAR LOS EMBARAZOS</p> <p>¿ALGUNA VEZ HA ESCUCHADO HABLAR DE</p> <p><i>Lea cada una de las opciones.</i></p> <p>[A] ESTERILIZACIÓN FEMENINA?</p> <p><i>Indague: ME REFIERO A QUE LAS MUJERES PUEDEN SER OPERADAS PARA EVITAR TENER MÁS HIJOS.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[B] ESTERILIZACIÓN MASCULINA O VASECTOMÍA?</p> <p><i>Indague: ES DECIR, LOS HOMBRES PUEDEN TENER OPERACIONES PARA EVITAR TENER MÁS HIJOS.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[C] DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO)?</p> <p><i>Indague: CONSISTE EN INSERTAR UN DISPOSITIVO EN FORMA DE T EN LA CAVIDAD UTERINA.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[D] INYECCIONES?</p> <p><i>Indague: LAS MUJERES PUEDEN VISITAR CENTROS DE SALUD DONDE SE LES PROVEE INYECCIONES PARA PREVENIR EMBARAZOS. ESTAS TIENEN UNA DURACIÓN DE UNO O MÁS MESES.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[E] IMPLANTES (NORPLANT)?</p> <p><i>Indague: SON PEQUEÑAS CAPSULAS UBICADAS BAJO LA PIEL DEL BRAZO IMPLANTADAS POR UN DOCTOR O ENFERMERA QUE PUEDEN PREVENIR EL EMBARAZO POR UNO O MÁS AÑOS.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[F] PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?</p> <p><i>Indague: LAS MUJERES PUEDEN TOMAR UNA PÍLDORA DIARIA PARA EVITAR QUEDAR EMBARAZADA</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[G] CONDONES MASCULINOS?</p> <p><i>Indague: LOS HOMBRES PUEDEN PONERSE UN PRESERVATIVO DE GOMA SOBRE SU PENE ANTES DEL ACTO SEXUAL.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>[H] CONDONES FEMENINOS?</p> <p><i>Indague: LAS MUJERES PUEDEN COLOCAR UN PRESERVATIVO ESPECIAL PARA MUJERES DENTRO DE SU VAGINA ANTES DEL ACTO SEXUAL.</i></p>	<p>Si 1</p> <p>No..... 2</p>	

<p>[I] DIAFRAGMA? <i>Indague:</i> ES UNA COPA DE HULE QUE SE INTRODUCE EN LA VAGINA Y CUBRE EL CUELLO DEL ÚTERO PARA EVITAR QUE LOS ESPERMATOZOIDES LLEGUEN HASTA ALLÍ O A LAS TROMPAS DE FALOPIO.</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[J] ESPUMA/ JALEA? <i>Indague:</i> LAS MUJERES PUEDEN UTILIZAR PRODUCTOS ESPERMICIDAS TALES COMO ESPUMAS, JALEAS, CREMAS, ETC.</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[K] MÉTODO DE AMENORREA POR LACTANCIA (MELA)?</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[L] ABSTINENCIA PERIÓDICA/MÉTODO DEL RITMO? <i>Indague:</i> PARA EVITAR EL EMBARAZO LAS MUJERES NO TIENEN RELACIONES SEXUALES EN LOS DÍAS DEL MES EN QUE PIENSAN QUE PUEDEN QUEDAR EMBARAZADAS POR ESTAR OVULANDO.</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[M] RETIRO? <i>Indague:</i> LOS HOMBRES RETIRAN EL PENE DE LA VAGINA ANTES DE LA EYACULACIÓN.</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[N] PARCHES ANTICONCEPTIVOS? <i>Indague:</i> ES UN PARCHO QUE SE COLOCA EN EL CUERPO Y DESPIDE HORMONAS QUE SON ABSORBIDAS POR LA PIEL</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[O] MÉTODO DE BILLING S O MOCO CERVICAL <i>Indague:</i> CONSISTE EN QUE LA MUJER MONITOREA SU FERTILIDAD, A TRAVÉS DE SU FLUJO IDENTIFICANDO CUANDO ES FÉRTIL Y CUANDO NO LO ES</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[P] PASTILLAS O INYECCIONES ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA? <i>Indague:</i> COMO MEDIDA DE EMERGENCIA, UNA MUJER PUEDE TOMAR PASTILLAS O INYECTARSE DENTRO DE LAS 72 HORAS DESPUÉS DE HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN</p>	<p>Si 1 No..... 2</p>	
<p>[X] HA ESCUCHADO ALGUNA OTRA MANERA O MÉTODO QUE LA MUJER U HOMBRE PUEDE UTILIZAR PARA EVITAR UN EMBARAZO</p> <p><i>Indague:</i> ADEMÁS DE LOS ANTES MENCIONADOS SABE DE ALGÚN OTRO MÉTODO QUE MUJERES U HOMBRES UTILICEN PARA PREVENIR UN EMBARAZO</p>	<p>Si 1 No..... 2</p> <p>_____</p> <p>(Especifique)</p> <p>_____</p> <p>(Especifique)</p>	

<p>CP1. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No está segura o no sabe 8</p>	<p>1⇒CP2A</p>
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1⇒CP3</p>
<p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1⇒ CP4</p> <p>2⇒Siguiete módulo</p>
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta.</i> <i>Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Esterilización femeninaA</p> <p>Esterilización masculina.....B</p> <p>DIU C</p> <p>Implantes (NORPLAT/ Barritas en el brazo) ...E</p> <p>Píldoras anticonceptivas F</p> <p>Condón masculino G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Métodos vaginales (Jalea/ Espuma/ Óvulos/Tabletas)..... J</p> <p><i>Método de amenorrea por Lactancia (MELA).....K</i></p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo L</p> <p>Retiro..... M</p> <p>Parche anticonceptivo..... N</p> <p>Método de Billings o moco cervical..... O</p> <p>Pastilla o inyecciones anticonceptiva de emergencia (la que se toma i inyecta dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin usar condón) P</p> <p>Inyecciones anticonceptiva (mensual) Q</p> <p>Inyecciones anticonceptiva (dos meses) ... R</p> <p>Inyecciones anticonceptiva (tres meses)S</p> <p>Otro (<i>especifique</i>).....X</p>	<p>Cualquier respuesta⇒</p> <p>Siguiete módulo</p>

<p>CP4. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO MÉTODO QUE USO USTED O SU PAREJA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p> Esterilización femeninaA Esterilización masculina.....B DIU C Implantes (NORPLAT/ Barritas en el brazo) ...E Píldoras anticonceptivas F Condón masculino G Condón femenino..... H Diafragma..... I Métodos vaginales (Jalea/ Espuma/ Óvulos/Tabletas)..... J Método de amenorrea por Lactancia (MELA).....K Abstinencia periódica / Ritmo L Retiro..... M Parche anticonceptivo..... N Método de Billings o moco cervical..... O Pastilla o inyecciones anticonceptiva de emergencia (la que se toma e inyecta dentro de las 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin usar condón) P Inyecciones anticonceptiva (mensual) Q Inyecciones anticonceptiva (dos meses) ... R Inyecciones anticonceptiva (tres meses)....S Otro (<i>especifique</i>).....X </p>	
<p>CP5. ¿CUÁL FUE LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE DEJÓ DE USARLO?</p>	<p> Para embarazarse..... 01 Sin vida sexual 02 Tuvo efectos colaterales 03 Miedo a efectos colaterales 04 El compañero se opuso 05 Recomendación médica 07 No fue eficaz/ le falló..... 08 No tuvo dinero para comprar 09 Descuido 10 Otro (<i>especifique</i>)..... 96 </p>	

NECESIDAD NO SATISFECHA/ DEMANDA INSATISFECHA DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

UN

UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?

Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2

No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5

UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí..... 1	1⇒UN4
	No..... 2	

UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?	Más tarde..... 1	
	No más..... 2	

UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a..... 1	1⇒UN7
	No más/ninguno..... 2	2⇒UN13
	No ha decidido/NS..... 8	8⇒UN13

UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”?

Sí. ⇒ Vaya a UN13

No. ⇒ Continúe con UN6

UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER NINGÚN (MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a..... 1	
	No más/ninguno..... 2	2⇒UN9
	Dice que no puede quedarse embarazada. 3	3⇒UN11
	No lo ha decidido/NS..... 8	8⇒UN9

UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses..... 1 ___	994⇒UN11
	Años..... 2 ___	
	No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993	
	Dice que no puede quedar embarazada... 994	
	Después del casamiento..... 995	
	Otro..... 996	
NS..... 998		

UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?

Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13

No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9

UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?

Si ⇒ Vaya a UN13

No ⇒ Continúe con UN10

UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A Menopausia B Nunca menstruó..... C Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) D Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E Amenorrea postparto F Amamantamiento G Demasiado mayor H Fatalista I Otro (<i>especifique</i>) X NS Z	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? <input type="checkbox"/> Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiete módulo <input type="checkbox"/> No mencionado ⇒ Continúe con UN13		
UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL? <i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i>	Hace días 1 __ __ Hace semanas 2 __ __ Hace meses 3 __ __ Hace años 4 __ __ En la menopausia/se le ha realizado histerectomía..... 994 Antes del último nacimiento 995 Nunca menstruó..... 996	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA
DV

DV1. A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

		Sí	No	NS
[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle	1	2	8
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as.....	1	2	8
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él	1	2	8
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales.....	1	2	8
[E] ¿SI ELLA QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida.....	1	2	8
[F] ¿SI ELLA HABLA CON OTRO HOMBRE?	Si habla con otro hombre.....	1	2	8
[G] ¿SI ELLA SALE MUCHO CON SUS AMISTADES?	Si sale con sus amistades	1	2	8
[H] ¿SI ELLA HABLA MUCHO CON SUS FAMILIARES?	Si habla con sus familiares.....	1	2	8
[I] ¿SI ELLA NO COMPARTE SUS INGRESOS CON ÉL?	Si no comparte sus ingresos.....	1	2	8
[J] ¿SI ELLA TOCA LAS PERTENENCIAS DE ÉL?	Si toca las pertenencias de él....	1	2	8

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O ACOMPAÑADA?	Sí, actualmente casada..... 1 Sí, acompañada 2 No, no en unión 3	3⇒MA5
MA2. ¿CUÁNTO AÑOS TIENE SU ESPOSO/PAREJA? <i>Indague:</i> ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?	Edad en años No sabe 98	
MA3. ADEMÁS DE USTED, ¿TIENE SU ESPOSO/PAREJA OTRAS PAREJAS O VIVE CON OTRAS MUJERES COMO SI ESTUVIERA CASADO?	Sí. 1 No 2	2⇒MA7
MA4. ¿CUÁNTAS OTRAS PAREJAS TIENE ÉL?	Número..... No sabe 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O ACOMPAÑADA, ES DECIR, VIVIENDO CON UN HOMBRE COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado..... 1 Sí, acompañada en el pasado 2 No 3	3⇒Siguiente módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU ESTADO FAMILIAR AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda 1 Divorciada 2 Separada 3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O ACOMPAÑADA SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O COMENZÓ A VIVIR ACOMPAÑADA?	Fecha del(primer) matrimonio Mes..... No sabe en qué mes 98	⇒Siguiente módulo
MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O SE ACOMPAÑÓ <u>POR PRIMERA VEZ</u> ?	Año No sabe en qué año 9998	⇒Siguiente módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (PRIMER) ESPOSO/PAREJA?	Edad en años	

COMPORTAMIENTO SEXUAL

SB

Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.

<p>SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRESIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA.</p> <p>LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD.</p> <p>¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?</p>	<p>Nunca mantuvo relaciones sexuales 00</p> <p>Edad en años __ __</p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer)esposo/pareja 95</p>	<p>00⇒Siguiente módulo</p>
<p>SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe/no recuerda 8</p>	
<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Guarde las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año). Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i></p>	<p>Hace días 1 __ __</p> <p>Hace semanas 2 __ __</p> <p>Hace meses 3 __ __</p> <p>Hace años 4 __ __</p>	<p>4⇒SB15</p>
<p>SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? Si la respuesta es “sí”, circule “2” Si la respuesta es “no”, circule “3”</p>	<p>Esposo..... 1</p> <p>Pareja conviviente (Compañero de vida) 2</p> <p>Novio 3</p> <p>Compañero casual (Pareja casual) 4</p> <p>Otro (especifique) 6</p>	<p>3⇒SB7</p> <p>4⇒SB7</p> <p>6⇒SB7</p>
<p>SB6. Verifique MAI:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MAI = 1 o 2) ⇒Vaya a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/no en una unión (MAI = 3) ⇒ Continúe con SB7</p>		
<p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p>	<p>Edad de la pareja sexual __ __</p> <p>No sabe 98</p>	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí 1 No 2	2⇒SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	Sí 1 No 2	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el “novio”, pregunte:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es “sí”, circule “2”</i> <i>Si la respuesta es “no”, circule “3”</i>	Esposo..... 1 Compañero conviviente (Compañero de vida) 2 Novio 3 Compañero casual (Pareja casual) 4 Otro (<i>especifique</i>) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇒Vaya a SB13 <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es “no sabe”, indague:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad del compañero sexual.....__ __ No sabe 98	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí 1 No 2	2⇒SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros__ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote “95”.</i>	Número de compañeros en toda su vida__ __ No sabe 98	

VIH/SIDA				HA
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí..... 1	No 2		2⇒ Siguiente módulo
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí..... 1	No 2		
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O POR MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí..... 1	No 2		
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí..... 1	No 2		
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí..... 1	No 2		
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA CON EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1	No 2		
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1	No 2		
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] ¿DURANTE EL EMBARAZO? [B] ¿DURANTE EL PARTO? [C] ¿MIENTRAS ESTÁ AMAMANTANDO?		Sí No NS		
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí..... 1	No 2		
HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1	No 2		
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿QUERRÍA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Sí 1	No 2		
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	Sí..... 1	No 2		

HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= "No" o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																						
HA14. Verifique MN1: recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24																						
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIRUS DEL SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIRUS DEL SIDA? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No sabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse la prueba del SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No sabe	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba....	1	2	8	
	Sí	No	No sabe																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse la prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA COMO PARTE DE SUS CUIDADOS PRENATALES?	Sí 1 No 2 No sabe..... 8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ASESORAMIENTO DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED ASESORAMIENTO DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ Vaya a HA24																						
HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?	Sí..... 1 No 2	2⇒HA24																				
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?	Sí..... 1 No 2																					
HA22. ¿LE HAN HECHO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Sí..... 1 No 2	1⇒HA25																				

HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás 2 Hace 2 o más años 3	1⇒HA32 2⇒HA32 3⇒HA32
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No 2	2⇒HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses 1 12-23 meses atrás 2 Hace 2 o más años 3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBÍÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	1⇒HA32 2⇒HA32 8⇒HA32
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?	Sí1 No 2	
HA28. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NUNCA SE HA HECHO LA PRUEBA O EXAMEN DEL VIH/SIDA? <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i>	No lo ha considerado necesario 1 Sin vida sexual..... 2 Nunca se la han indicado o recomendado . 3 Por falta de dinero / muy caro..... 4 No ha tenido tiempo..... 5 Descuido 6 Temor al resultado 7 Temor a falta de confidencialidad 8 Oposición de la pareja 9 Miedo a los pinchones/Que le saquen sangre 10 Puede pasarle el VIH..... 11 Confunden resultados..... 12 Por pena/miedo a que la señalen 13 Por falta de información sobre fechas o lugar donde hacen 14 Por la distancia o lejanía..... 15 No la hacen/Tiene limitaciones/No cumple requisitos..... 16 Otra (<i>especifique</i>) 96	
HA29. ¿CREE QUE USTED TIENE ALGÚN RIESGO PERSONAL O PELIGRO DE INFECTARSE DEL VIH/SIDA?	Sí..... 1 No 2 No sabe..... 8	2⇒HA31 8⇒HA31
HA30. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE PIENSA QUE TIENE RIESGO? <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i>	Su pareja le es infiel11 Usted tiene varias parejas sexuales12 Usted tiene sexo con desconocidos13 No usa el condón14 Le han hecho transfusiones15 Porque se ha realizado tatuajes16 Otra (<i>especifique</i>) 96	Cualquier respuesta⇒ Siguiendo módulo

<p>HA31. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE PIENSA QUE NO TIENE RIESGO? <i>Anote solo la razón principal. Si contesta varias preguntar cuál es la principal</i></p>	<p>Conoce bien a su pareja/su pareja es fiel 11 Tiene una sola pareja sexual 12 No tiene relaciones sexuales 13 No tiene sexo con desconocidos 14 Usa el condón 15 No le han hecho transfusiones 16 No es trabajadora del sexo/ No frecuenta trabajadoras del sexo 17 Otra (<i>especifique</i>) 96</p>	<p>Cualquier respuesta⇒ Siguiendo módulo</p>
<p>HA32. ¿DÓNDE SE REALIZÓ LA ÚLTIMA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sector público Hospital del MINSAL..... 20 Unidad de salud del MINSAL..... 21 Hospital del ISSS 22 Unidad (Clínica) del ISSS 23 Clínica comunal o municipal 24 Cruz Roja Salvadoreña..... 25 Otra institución pública (<i>especifique</i>)..... 26 Sector Médico Privado Hospital Privado 31 Clínica 32 Clínica de ONG 33 Laboratorio privado 34 Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) 36 Otro sitio (<i>especifique</i>) 96</p>	

CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL		TA
TA1. ¿ALGUNA VEZ HA PROBADO FUMAR CIGARRILLOS, AUNQUE SEA UNA O DOS PITADAS?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA6
TA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO FUMÓ UN CIGARRILLO ENTERO POR PRIMERA VEZ?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... ____ ____	00⇒TA6
TA3. ¿FUMA CIGARRILLOS ACTUALMENTE?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA6
TA4. EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMÓ?	Número de cigarrillos..... ____ ____	
TA5. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS FUMÓ CIGARRILLOS? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10". Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA6. ¿HA PROBADO ALGUNA VEZ ALGÚN OTRO PRODUCTO CON TABACO FUMABLE QUE NO SEAN CIGARRILLOS, COMO, POR EJEMPLO, CIGARROS, PIPA DE AGUA O PIPA?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA10
TA7. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO FUMABLE?	Sí..... 1 No 2	2⇒TA10
TA8. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO FUMABLE CONSUMIÓ O FUMÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? <i>Circule todos los productos mencionados.</i>	Cigarros A Pipa de agua..... B Cigarrillos C Pipa..... D Otros (<i>especifique</i>) X	
TA9. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO FUMABLE? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule "10". Si contesta "todos los días" o "casi todos los días", circule "30"</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	

TA10. ¿ALGUNA VEZ PROBO ALGÚN PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO, COMO TABACO DE MASCAR, RAPÉ SECO O HÚMEDO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CONSUMIÓ ALGÚN PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO?	Sí..... 1 No 2	2 ⇒TA14
TA12. ¿QUÉ CLASE DE PRODUCTO CON TABACO NO FUMABLE/SIN HUMO CONSUMIÓ DURANTE EL ÚLTIMO MES? <i>Circule todos los productos mencionados.</i>	Tabaco de mascar A Rapé seco B Rapé húmedo C Otros (<i>especifique</i>) X	
TA13. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ PRODUCTOS CON TABACO NO FUMABLE/ SIN HUMO? <i>Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”. Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”</i>	Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días/casi todos los días..... 30	
TA14. ME GUSTARÍA AHORA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿HA CONSUMIDO ALCOHOL ALGUNA VEZ?	Sí..... 1 No 2	2⇒Siguiete módulo
TA15. CONSIDERAMOS UN TRAGO DE ALCOHOL COMO UNA LATA O BOTELLA DE CERVEZA, UN VASO DE VINO O UN SHOT/CHUPITO DE COÑAC, VODKA, WHISKEY O RON. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO TOMÓ SU PRIMER TRAGO ENTERO DE ALCOHOL MÁS ALLÁ DE UNOS POCOS SORBOS?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... ____ ____	00⇒Siguiete módulo
TA16. DURANTE EL ÚLTIMO MES, ¿CUÁNTOS DÍAS CONSUMIÓ POR LO MENOS UN TRAGO DE ALCOHOL? <i>Si la entrevistada no tomó ninguno, circule “00”. Si son menos de 10 días anote la cantidad de días. Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”. Si responde “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”</i>	No tomó un trago de alcohol en el último mes 00 Número de días 0 ____ 10 días o más pero menos de un mes 10 Todos los días / casi todos los días..... 30	00⇒Siguiete módulo
TA17. EN EL ÚLTIMO MES, EN LOS DÍAS QUE TOMÓ ALCOHOL, ¿POR LO GENERAL CUÁNTOS TRAGOS TOMÓ POR DÍA?	Número de tragos ____ ____	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA		LS
<p>LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.</p> <p>PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?</p> <p>TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.</i></p>	<p>Muy feliz 1 Algo feliz 2 Ni feliz ni infeliz 3 Un poco infeliz 4 Muy infeliz 5</p>	
<p>LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.</p> <p>EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.</p> <p>TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíqueme el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.</i></p> <p>¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p>	
<p>LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p>	
<p>LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2014, ¿HA ASISTIDO A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Sí 1 No 2</p>	2⇒LS7
<p>LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p>	
<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene empleo 0 Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p>	

LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?	Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE? <i>En caso de que sea necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i>	Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS10. ¿CUÁN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?	Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?	Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?	Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES? <i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.</i>	No tiene ingresos0 Muy satisfecha.....1 Algo satisfecha2 Ni satisfecha ni insatisfecha3 Un poco insatisfecha4 Muy insatisfecha.....5	
LS14. ¿COMPARADO CON ESTE MISMO MOMENTO DEL AÑO PASADO, ¿DIRÍA USTED QUE SU VIDA EN GENERAL HA MEJORADO, MANTENIDO MÁS O MENOS IGUAL O EMPEORADO?	Mejorado.....1 Mantenido más o menos igual2 Empeorado.....3	
LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?	Mejor.....1 Más o menos igual2 Peor.....3	

WM11. <i>Anote la hora.</i>	Hora y minutos : ..	
------------------------------------	---------------------------	--

WM12. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.*

¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?

Sí ⇒ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.

No ⇒ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1



LADO 2

