

**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD FAMILIAR  
HONDURAS, 1996**

**CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA**

**I. A. IDENTIFICACION MUESTRAL**

<b>CUEST</b>	1. NUMERO DE CUESTIONARIO: _____
<b>SECTOR</b>	2. NUMERO DE SECTOR: _____
<b>VIVIENDA</b>	3. NUMERO DE VIVIENDA: _____

**B. IDENTIFICACION GEOGRAFICA**

<b>DEPART</b>	4. DEPARTAMENTO: _____
<b>MUNICP</b>	5. MUNICIPIO: _____
	6. LUGAR: _____
	7. ESTRATO:      1. Tegucigalpa/San Pedro Sula
<b>ESTRATO</b>	2. Otro Urbano
	3. Rural
<b>REGSAL</b>	8. REGION DE SALUD:      0    1    2    3    4    5    6    7

**DIRECCION DE LA VIVIENDA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	VISITAS DE LA ENCUESTADORA				VISITA FINAL Nº <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;"><b>VISITA</b></span>
	1	2	3	4	
9. Código de encuestadora	---	---	---	---	<b>P9ENCUES</b>
10. Fecha de la visita	Día ____	Día ____	Día ____	Día ____	<b>P10DIA</b>
	Mes ____	Mes ____	Mes ____	Mes ____	<b>P10MES</b>
11. Hora inicial de la entrevista	Hora ____	Hora ____	Hora ____	Hora ____	<b>P11HORA</b>
	Min ____	Min ____	Min ____	Min ____	<b>P11MINU</b>
12. Resultado	---	---	---	---	<b>RESUL</b>
Código de Resultado: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             Completa (Viv. y MEF) ..... 1              Moradores ausentes ..... 2              Rechazo de vivienda ..... 3              Vivienda desocupada ..... 4           </div> <div>             No hay MEF (Viv. hecha) ..... 5              Rechazo de MEF (Viv. hecha) ... 6              MEF Ausente (Viv. hecha) ..... 7              Otro _____ 8              (Especifique)           </div> </div>					

INSTRUCCIONES PARA REVISITA:

ESTAMOS HACIENDO UNA ENCUESTA DE SALUD DE LA MUJER PARA EL MINISTERIO DE SALUD. LOS DATOS SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES (ARTICULO 23, DECRETO LEY 229, AGOSTO 1960). ESPERO QUE PODAMOS CONTAR CON SU COLABORACION.

## I. VIVIENDA

Vamos a empezar a hablar acerca de la casa donde usted vive.

13. ¿De dónde obtienen el agua en esta vivienda?

P13AGUA

1. Llave dentro de la vivienda
2. Llave fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad
3. Llave fuera de la propiedad a menos de 100 metros
4. Llave fuera de la propiedad a 100 metros o más
5. Fuente natural: río, quebrada, naciente, vertiente, lago
6. Pozo malacate (sin bomba)
7. Pozo con bomba (eléctrica o manual)
8. La compran/carro cisterna
9. Fuente de agua protegida
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

14. ¿El agua que toman en esta vivienda es electropura, la cloran, la hierven o la toman tal como viene de la fuente abastecedora?

P14TIPO

1. Electropura
2. La cloran
3. La hierven
4. La toman como viene de la fuente
8. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

15. ¿Qué clase de servicio sanitario tiene esta vivienda?

P15SSHH

1. Inodoro(lavable)
2. Letrina hidráulica/tasa campesina
3. Letrina/fosa simple
4. No tiene/al aire libre
8. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

16. ¿En esta vivienda hay.....

(LEER CADA UNA)

SI

NO

- |      |    |                  |   |   |
|------|----|------------------|---|---|
| P16A | a. | luz eléctrica?   | 1 | 2 |
| P16B | b. | radio?           | 1 | 2 |
| P16C | c. | televisión?      | 1 | 2 |
| P16D | d. | refrigeradora?   | 1 | 2 |
| P16E | e. | teléfono?        | 1 | 2 |
| P16F | f. | vehículo propio? | 1 | 2 |
|      |    | (con motor)      |   |   |

17. ¿Cuál es el material predominante en el piso de esta vivienda?

P17PISO

1. Tierra
2. Madera
3. Planchas de cemento
4. Ladrillos de rafón
5. Ladrillo mosaico (cemento)
8. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

18. ¿Qué se hace o dónde se deposita finalmente la basura de la vivienda?

P18BASU

1. Tren de aseo municipal/basurero
2. Se quema
3. Se entierra
4. Finca/huerto
5. En el patio
6. Solar baldío/barranco
7. En la calle
8. Río/quebrada
9. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

19. ¿Cuál es el principal combustible o energía que ustedes utilizan para cocinar?

P19COMB

1. Electricidad
2. Gas butano
3. Carbón
4. Gas kerosene
5. Leña
6. No cocina
8. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

20. ¿Cuántas personas de esta casa padecen de ataques o convulsiones (epilepsia)?

P20CEPI

- 0 = Ninguna  
9 = No sabe

21. ¿Cuántos perros tienen en la vivienda?

P21PERR

00 = Ninguno

22. ¿Cuántas personas residen habitualmente en esta vivienda?

(EXCLUYE VISITANTE Y NO OLVIDE INCLUIR LOS NIÑOS Y NIÑAS PEQUEÑOS(AS) Y PERSONAS DE EDAD AVANZADA)

Total      — —

P22PERS

Varones    — —

P22VARO

Mujeres    — —

P22MUJE

## SELECCION DE LA MUJER ENTREVISTADA

LEA: Por favor, ¿Puede decirme los nombres de cada mujer de 15 a 49 años de edad que viven habitualmente en este hogar, empezando con la de más edad?  
 SI NO HAY MEF, ANOTE 0 EN 24 Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA  
 SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA ANOTANDO EN EL RENGLON UNO A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSIGA EN ORDEN DESCENDENTE

23. Línea de MEF	Nombre de la Mujer en Edad Fértil (MEF)	EDAD (Años cumplidos)
1.		P23ED1
2.		P23ED2
3.		P23ED3
4.		P23ED4
5.		P23ED5
6.		P23ED6
7.		P23ED7
8.		P23ED8

¿Entonces, en esta casa viven en total ..... mujeres de 15 a 49 años de edad?

24. N° DE MEF \_\_\_\_ P24MEF

SI ES "0" ANOTE CODIGO 5 EN RESULTADO Y CONTINUE CON LA SIGUIENTE VIVIENDA

CUADRO PARA SELECCION DE LA MEF A ENTREVISTAR								
ULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE MEF EN LA VIVIENDA							
	1	2	3	4	5	6	7	8
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

25. N° DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA: \_\_\_\_ P25MEFSE

**ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD REPRODUCTIVA  
HONDURAS, 1996**

**CUESTIONARIO INDIVIDUAL**

**I. IDENTIFICACION**

100. NUMERO DEL CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_ **CUES** \_\_\_\_\_

101. NUMERO DE SECTOR: \_\_\_\_\_ **P101SEC** \_\_\_\_\_

102. NUMERO DE VIVIENDA: \_\_\_\_\_ **P102VIV** \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA: \_\_\_\_\_

103. NUMERO DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA EN EL CUESTIONARIO  
DE HOGAR (**VEA PREGUNTA 38**): \_\_\_\_\_ **P103LIN**

=====

**II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA**

104. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? \_\_\_\_\_ **P104ED**

105. ¿En qué fecha nació usted?

**P105DNAC** / **P105MNAC** / **P105ANAC**  
Día Mes Año

SUME EDAD EN 104 Y AÑO EN 105 Y ANOTE EL TOTAL: \_\_\_\_\_

SI LA MUJER YA CUMPLIÓ AÑOS EN ESTE AÑO EL TOTAL TIENE QUE SER 96  
SI LA MUJER TODAVÍA NO HA CUMPLIDO AÑOS EL TOTAL TIENE QUE SER 95

SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTÁ ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.

106. ¿Cuál fue el grado o año más alto que usted aprobó en la escuela colegio o universidad? (**ENCIERRE CON UN CÍRCULO LOS CÓDIGOS DEL ÚLTIMO GRADO**).

<b>P106NIV</b>	0. Ninguno	0	<b>P106GRA</b>	
	1. Primaria	1 2 3 4 5 6		
	2. Secundaria	1 2 3 4 5 6		
	3. Universidad/superior	1 2 3 4 5 6 7 ó más		
	4. Alfabetización	1 2 3 4		

107. ¿Realiza o hace usted algún trabajo o actividad por el cual recibe pago en dinero o en otra forma?

**P107TRAB**

1. Si	_____→	<b>CONTINUE</b>
2. No	_____→	<b>PASE A 109</b>

108. ¿Este trabajo lo realiza ... (LEER)

**P108 TRAB**

1. En casa
2. Fuera de casa
3. Ambas situaciones

109. ¿Cuál es su estado civil actual?

**P109EC**

1. Casada
2. Unida/unión libre
3. Divorciada \_\_\_\_\_
4. Separada \_\_\_\_\_ → **PASE A 112**
5. Viuda \_\_\_\_\_
6. Soltera \_\_\_\_\_

110. ¿Cuántos años cumplidos tiene su marido (pareja)?

**P110ED**

98 = NO SABE

111. ¿Cuál fue el grado o año más alto que su marido aprobó en la escuela, colegio o universidad?

**P111NIV**

- |                         |   |                |   |   |   |   |   |       |
|-------------------------|---|----------------|---|---|---|---|---|-------|
| 0. Ninguno              | 0 | <b>P111GRA</b> |   |   |   |   |   |       |
| 1. Primaria             | 1 | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 |   |       |
| 2. Secundaria           | 1 | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 |   |       |
| 3. Universidad/superior | 1 | 2              | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ó más |
| 4. Alfabetización       | 1 | 2              | 3 | 4 |   |   |   |       |

112. ¿Cuántas veces ha estado casada ó unida a alguien compartiendo un techo? (incluyendo la actual)

**P112VECE**

\_\_\_\_\_ → **CONTINUE**

0 = ninguna → **PASE A 115**

113. ¿En qué fecha se unió/se adjuntó por primera vez?

**P113DIA** / **P113MES** / **P113ANO**  
 Día Mes Año

98 = No sabe/no recuerda

114. ¿Cuántos años cumplidos tenía?

**P114EDAD**

115. ¿A usted alguna vez le han aplicado alguna vacuna contra el tétano en el brazo?

**P115TET**

1. Si \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ → **PASE A 119**
9. No sabe \_\_\_\_\_ → **PASE A 119**

116. ¿Cuántas veces la han vacunado contra tétano?

**P116VECE**

- 
9. No recuerda

117. ¿Me podría decir si le dieron carnet cuando la vacunaron contra el tétano; podría mostrármelo?

P117CAR

1. Si y lo mostró → CONTINUE
2. Si y no lo mostró → PASE 119
3. No le dieron → PASE 119

118. ENCUESTADORA: ESCRIBA EL NÚMERO TOTAL DE DOSIS QUE ESTA ANOTADO EN EL CARNET:      — —

P118TOT

Y EL MES Y AÑO DE LA ULTIMA DOSIS:

Mes

Año

— —  
— —

P118MES

P118ANO

119. ¿Usted se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba de detectora del cáncer?

P119CAN

1. Si → CONTINUE
2. No → PASE A 122
9. No sabe/no recuerda → PASE A 122

120. ¿Hace cuántos años (cumplidos) se la hizo por última vez?

P120TIE

--- --- años

00 = si fue en el último año

121. ¿Le dieron el resultado?

P121RES

1. Si
2. No

122. Si a usted o a un familiar le diera cólera ¿haría uso del litrosol para tratarse?

P122COLE

1. No conoce litrosol → PASE A 125
2. Si → PASE A 124
3. No → CONTINUE
9. No sabe → PASE A 124

123. ¿Porqué no? (LEER)

MENCIONO      NO  
MENCIONO

P123A

1. Este es solo para niños

1

2

P123B

2. No cura esa enfermedad

1

2

P123C

3. Es difícil obtenerlo

1

2

P123D

4. Es Caro

1

2

P123E

5. Prefiere otros medicamentos

1

2

P123F

8. Otro \_\_\_\_\_

1

2

124. ¿Qué haría para prevenir enfermarse del cólera? (NO LEER)

		MENCIONO	NO MENCIONO
P124A	1. Lavarse las manos antes de comer	1	2
P124B	2. Lavarse las manos después de defecar	1	2
P124C	3. Tomar agua hervida	1	2
P124D	4. Tomar agua clorada	1	2
P124E	5. Lavar las verduras/frutas	1	2
P124F	6. Comer alimentos bien cocidos y calientes	1	2
P124G	7. Asear los solares	1	2
P124H	8. Eliminar la basura	1	2
P124I	9. Lavar los utensilios de cocina	1	2
P124J	10. Asear los servicios sanitarios	1	2
P124K	11. Tener buena higiene en general	1	2
P124L	88. Otro _____	1	2
	Especifique		

125. ¿Cuál es su religión?

P125REL	1. Católica	_____➔	CONTINUE
	2. Protestante	_____➔	CONTINUE
	3. No tiene	_____➔	PASE A 200
	4. Otra _____	_____➔	CONTINUE
	Especifique		

126. ¿Usted como se considera? (LEA LAS OPCIONES)

P126CON	1. Muy religiosa
	2. Religiosa
	3. Poco religiosa
	4. Nada religiosa



## II. FECUNDIDAD Y MORTALIDAD.

Ahora hablaremos sobre todos los hijos que usted ha tenido en su vida.

200. ¿Ha estado alguna vez embarazada?

- P200EMB** 1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1000**

201. ¿Ha tenido algún hijo que nació vivo?

- P201HVIV** 1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 300**

202. ¿Cuántos de sus hijos varones o mujeres viven con usted en esta casa?

- P202A** a. Varones \_\_\_\_\_  
**P202B** b. Mujeres \_\_\_\_\_  
**P202C** c. Total \_\_\_\_\_

203. ¿Cuántos de sus hijos varones o mujeres viven en otra parte?

- P203A** a. Varones \_\_\_\_\_  
**P203B** b. Mujeres \_\_\_\_\_  
**P203C** c. Total \_\_\_\_\_

204. ¿Ha tenido algún niño que nació vivo y murió después (incluyendo algún hijo(a) que nació vivo(a) y murió solo minutos u horas después)?

- P204HMUE** 1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 206**

205. ¿Cuántos de sus hijos que nacieron vivos se le murieron después?

- P205A** a. Varones \_\_\_\_\_  
**P205B** b. Mujeres \_\_\_\_\_  
**P205C** c. Total \_\_\_\_\_

206. **ENCUESTADORA: CALCULE EL TOTAL DE:** 202c. \_\_\_\_\_ **P206A**  
 203c. \_\_\_\_\_ **P206B**  
 205c. \_\_\_\_\_ **P206C**  
 TOTAL \_\_\_\_\_ **P206D**

207. Entonces, para corroborar, ¿usted ha tenido \_\_\_\_\_ hijos/hijas nacidos vivos en total? (**SI DICE "NO" REGRESE A LAS PREGUNTAS 202, 203 Y 205 PARA AVERIGUAR DONDE ESTÁ EL PROBLEMA**).

Ahora me gustaría anotar todos sus hijos(as) nacidos vivos, no importa si aún viven o no, empezando con el último que tuvo. (**REGISTRE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS EN 208**).

208

209

210

¿Qué nombre le puso?  
**SI SON GEMELOS, ANOTELOS  
 EN LAS LINEAS SEPARADAS.  
 SI NO LE DIO NOMBRE,  
 ESCRIBA "NO" EN LA LINEA.**

¿En qué día,  
 mes y año  
 (nombre)  
 nació?

98 = NS/NR

¿Es (nombre)  
 varón o hembra?

01	<u>P208H1</u> Ultimo nacido vivo	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC1 MNAC1 ANAC1</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH1</div>
02	<u>P208H2</u> Penúltimo	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC2 MNAC2 ANAC2</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH2</div>
03	<u>P208H3</u> Antepenúltimo	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC3 MNAC3 ANAC3</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH3</div>
04	<u>P208H4</u> Cuarto anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC4 MNAC4 ANAC4</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH4</div>
05	<u>P208H5</u> Quinto anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC5 MNAC5 ANAC5</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH5</div>
06	<u>P208H6</u> Sexto anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC6 MNAC6 ANAC6</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH6</div>
07	<u>P208H7</u> Séptimo anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC7 MNAC7 ANAC7</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH7</div>
08	<u>P208H8</u> Octavo anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC8 MNAC8 ANAC8</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH8</div>
09	<u>P208H9</u> Noveno anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<div>DNAC9 MNAC9 ANAC9</div>	1. Varón 2. Hembra	<div>SEXH9</div>

211	212	213	214	215
Está (nombre) vivo(a)	SI ESTA VIVO(A) ¿Cuántos años tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SI HA MUERTO ¿Cuál era la edad de (nombre) cuando murió? <b>ESCRIBA DIAS SI FUE MENOS DE UN MES, MESES SI FUE MENOS DE DOS AÑOS, O AÑOS SI FUE MAS</b>	Fecha en que murió 98 = NS/NR	¿Registró ó asentó la muerte?
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO1</b>	<b>EDAH1</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO2</b>	<b>EDAH2</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO3</b>	<b>EDAH3</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO4</b>	<b>EDAH4</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO5</b>	<b>EDAH5</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO6</b>	<b>EDAH6</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO7</b>	<b>EDAH7</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO8</b>	<b>EDAH8</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			
1.Si --> <b>CONT.</b> <b>VIVO9</b>	<b>EDAH9</b> Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes Año	1. Si 2. No
2.No --> <b>PASE 213</b>	<b>Pase a otro</b>			

CUANDO HAYA REGISTRADO TODOS LOS NACIMIENTOS PASE A PREGUNTA 300

208

209

210

¿Qué nombre le puso?  
**SI SON GEMELOS, ANOTELOS  
 EN LAS LINEAS SEPARADAS.  
 SI NO LE DIO NOMBRE,  
 ESCRIBA "NO" EN LA LINEA.**

¿En qué día,  
 mes y año  
 (nombre)  
 nació?

99 = no sabe

¿Es (nombre)  
 varón o hembra?

10	<u>P208H10</u> Décimo anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC10</u> <u>MNAC10</u> <u>ANAC10</u>	1. Varón <u>SEXH10</u> 2. Hembra
11	<u>P208H11</u> Once anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC11</u> <u>MNAC11</u> <u>ANAC11</u>	1. Varón <u>SEXH11</u> 2. Hembra
12	<u>P208H12</u> Doce anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC12</u> <u>MNAC12</u> <u>ANAC12</u>	1. Varón <u>SEXH12</u> 2. Hembra
13	<u>P208H13</u> Trece anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC13</u> <u>MNAC13</u> <u>ANAC13</u>	1. Varón <u>SEXH13</u> 2. Hembra
14	<u>P208H14</u> Catorce anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC14</u> <u>MNAC14</u> <u>ANAC14</u>	1. Varón <u>SEXH14</u> 2. Hembra
15	<u>P208H15</u> Quince anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC15</u> <u>MNAC15</u> <u>ANAC15</u>	1. Varón <u>SEXH15</u> 2. Hembra
16	<u>P208H16</u> Dieciséis anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC16</u> <u>MNAC16</u> <u>ANAC16</u>	1. Varón <u>SEXH16</u> 2. Hembra
17	<u>P208H17</u> Diecisiete anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC17</u> <u>MNAC17</u> <u>ANAC17</u>	1. Varón <u>SEXH17</u> 2. Hembra
18	<u>P208H18</u> Dieciocho anterior	Día ____ Mes ____ Año ____	<u>DNAC18</u> <u>MNAC18</u> <u>ANAC18</u>	1. Varón <u>SEXH18</u> 2. Hembra

211	212	213	214	215
Está (nombre) vivo(a)	SI ESTA VIVO(A) ¿Cuántos años tiene? ESCRIBA LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS	SI HA MUERTO ¿Cuál era la edad de (nombre) cuando murió? ESCRIBA DÍAS SI FUE MENOS DE UN MES, MESES SI FUE MENOS DE DOS AÑOS, O AÑOS SI FUE MAS	Fecha en que murió 98 = NS/NR	¿Registró ó asentó la muerte?
1.Si --> CONT. VIVO10	EDAH10 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL10 Año AFALL10	1. Si P215H10 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO11	EDAH11 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL11 Año AFALL11	1. Si P215H11 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO12	EDAH12 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL12 Año AFALL12	1. Si P215H12 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO13	EDAH13 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL13 Año AFALL13	1. Si P215H13 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO14	EDAH14 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL14 Año AFALL14	1. Si P215H14 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO15	EDAH15 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL15 Año AFALL15	1. Si P215H15 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO16	EDAH16 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL16 Año AFALL16	1. Si P215H16 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO17	EDAH17 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL17 Año AFALL17	1. Si P215H17 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO18	EDAH18 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL18 Año AFALL18	1. Si P215H18 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a 300			

CUANDO HAYA REGISTRADO TODOS LOS NACIMIENTOS PASE A PREGUNTA 300

### III. CUIDADO PRENATAL Y ATENCION DEL PARTO

300. ¿Ha tenido un embarazo en que el niño nació muerto después de completar su sexto mes de embarazo?

P300MOR

1. Si \_\_\_\_\_→ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_→ PASE A 303

301. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?

P301NMUE

Nacidos muertos \_\_\_\_

302. ¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto?

P302MES Mes \_\_\_\_  
P302ANO Año \_\_\_\_

303. ENCUESTADORA: ANOTE EL MES Y AÑO DEL ULTIMO NACIDO VIVO (VEA 209). TAMBIEN, ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO (VEA 208). SI NO HA TENIDO UN NACIDO VIVO, ANOTE 00.

P303MES Mes \_\_\_\_  
P303ANO Año \_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

304. ENCUESTADORA: REVISE 302 Y 303 Y DETERMINE CUAL ES EL MAS RECIENTE.

- P304F
1. Nacido muerto(302) \_\_\_\_\_→ CONTINUE
  2. Nacido vivo (303) \_\_\_\_\_→ CONTINUE
  3. No hay nacidos vivos ni muertos \_\_\_\_\_→ PASE A 1000

305. ENCUESTADORA: ANOTE LA FECHA MAS RECIENTE (302 O 303).

P305MES Mes \_\_\_\_  
P305ANO Año \_\_\_\_

306. ENCUESTADORA: ¿LA FECHA (ANOTADO EN 305) ES ANTES DE ENERO DE 1991 O A PARTIR DE ENERO DE 1991?

- P306F
1. Antes de enero de 1991 \_\_\_\_\_→ PASE A 1000
  2. A partir de enero de 1991 \_\_\_\_\_→ CONTINUE

ENCUESTADORA: REVISE 304.

- SI LA RESPUESTA ES "1" DIGALE A LA ENTREVISTADA QUE VAMOS A HABLAR DEL ULTIMO NACIDO MUERTO.
- SI LA RESPUESTA ES "2" DIGALE A LA ENTREVISTADA QUE VAMOS A HABLAR DEL ULTIMO NACIDO VIVO - VEA EL NOMBRE EN 303.

**III.A. CUIDADO PRENATAL**

307. ¿Fué a consulta o control prenatal durante el embarazo de \_\_\_\_\_?

Nombre

**P307CON**

1. Si \_\_\_\_\_→ **PASE A 303**
2. No \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
3. NS/NR \_\_\_\_\_→ **PASE A 314**

308. ¿Por qué usted no fue a control prenatal?

**P308CON**

1. No quise ir
  2. No sabía que era necesario
  3. No tenía dinero
  4. No tuve tiempo
  5. Me queda muy largo
  6. Con mis otros hijos nunca fui/no lo necesito
  7. No me atienden bien
  8. Marido/esposo no quiso
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no responde

**ENCUESTADORA PASE A 312**

309. ¿A donde fue usted a realizar los controles prenatales? (**LEER**)

		SI	NO	MESES DE EMBARAZO	
<b>P309A</b>	a. Hospital del Ministerio Salud	1	2	_____	<b>P309AM</b>
<b>P309B</b>	b. Hospital del IHSS	1	2	_____	<b>P309BM</b>
<b>P309C</b>	c. Médico/clínica/hospital privado	1	2	_____	<b>P309CM</b>
<b>P309D</b>	d. CESAMO	1	2	_____	<b>P309DM</b>
<b>P309E</b>	e. CESAR	1	2	_____	<b>P309EM</b>
<b>P309F</b>	f. Partera	1	2	_____	<b>P309FM</b>
<b>P309G</b>	g. ASHONPLAFA	1	2	_____	<b>P309GM</b>
<b>P309H</b>	h. Otro _____	1	2	_____	<b>P309HM</b>
	Especifique				

310. ¿Dónde fue usted a la última consulta o control prenatal?

**P310LUG**

1. Hospital del Ministerio de Salud Pública
  2. Hospital del IHSS
  3. Médico/clínica privada/hospital privado
  4. CESAMO
  5. CESAR
  6. Partera
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

311. ¿A cuántas consultas o controles prenatales fue usted durante todo el embarazo?

**P311CONS**

-- -- Veces  
98 = NS/NR

312. ¿Durante ese embarazo, tuvo usted algunos problemas que fueron mas de lo normal para un embarazo? (**LEER**)

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>
<b>P312A</b> - Anemia	1	2	9
<b>P312B</b> - Hinchazón	1	2	9
<b>P312C</b> - Fiebre muy alta/calentura	1	2	9
<b>P312D</b> - Dolor o ardor al orinar	1	2	9
<b>P312E</b> - Desmayos o pérdida de conciencia	1	2	9
<b>P312F</b> - Dolor de cabeza	1	2	9

313. ¿Durante el embarazo, le dijo alguien que tenía la presión alta?

- P313PRE**
1. Si
  2. No
  9. No recuerda

314. ¿Alguna vez tuvo presión alta sin estar embarazada?

- P314PRE**
1. Si
  2. No
  9. NS/NR

315. ¿Tuvo ataques/convulsiones durante el embarazo?

- P315ATA**
1. Si
  2. No
  9. NS/NR

316. ¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada?

- P316ATA**
1. Si
  2. No
  9. NS/NR

317. ¿Hubo sangrado antes que comenzaron los dolores de parto?

- P317SAN**
1. Si —————→ **CONTINUE**
  2. No —————→ **PASE A 319**
  9. NS/NR —————→ **PASE A 319**

318. ¿El sangrado que presentó era... (**LEER**)

- P318SAN**
1. Ligero (manchó la ropa interior)?
  2. Moderado (manchó la ropa exterior)?
  3. Severo (manchó la ropa de cama)?

319. ¿Usted fumó en los tres meses anteriores a la fecha en que se dio cuenta que estaba embarazada?

- P319FUMO**
1. Si —————→ **CONTINUE**
  2. No —————→ **PASE A 321**
  3. Nunca ha fumado —————→ **PASE A 321**

320. ¿Durante el embarazo siguió fumando?

- P320FUMO**
1. Si
  2. No



### III B. ATENCION DEL PARTO

Ahora vamos hablar sobre lo que ocurrió durante el parto.

321. ¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto (fuertes y regulares)?

**P321DOL** Horas \_\_\_\_ Hora de inicio \_\_\_\_ am  
 00 = Menos de una hora pm  
 77 = Mas de tres días Hora de nacimiento \_\_\_\_ am  
 78 = Cesárea programada/espontánea pm  
 98 = No recuerda

322. ¿Durante el parto, tuvo usted algunos de los siguientes problemas? (**LEER**)

	SI	NO	NS/NR
<b>P322A</b> - Sangrado intenso	1	2	9
<b>P322B</b> - Presión alta	1	2	9
<b>P322C</b> - Convulsiones o ataques	1	2	9
<b>P322D</b> - Fiebres o escalofríos	1	2	9
<b>P322E</b> - Desmayos	1	2	9
<b>P322F</b> - Visión borrosa	1	2	9
<b>P322G</b> - Dolor de cabeza fuera de lo normal	1	2	9
<b>P322H</b> - Corte de la vagina (episiotomía)	1	2	9
<b>P322I</b> - Mala posición del niño	1	2	9

323. ¿En qué lugar tuvo el parto?

**P323LUG** 1. En casa, estaba sola \_\_\_\_\_→ **PASE A 327**  
 2. Con partera en casa/en casa de partera  
 3. En casa con médico/enfermera  
 4. Hospital del Ministerio de Salud  
 5. Hospital del IHSS  
 6. Hospital/clínica/médico privado  
 7. CESAMO/CESAR  
 8. Otro \_\_\_\_\_→ **PASE A 327**  
 Especifique

324. ¿Usted planeó dar a luz en este lugar, o fue referida por algún problema durante el embarazo o parto?

**P324PLAN** 1. Lo planeó \_\_\_\_\_→ **PASE A 326**  
 2. Fue referida \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**  
 3. No lo planeó/ni fue referida \_\_\_\_\_→ **PASE A 326**

325. ¿Por qué la refirieron?

**P325REF** 1. Parto duró demasiado  
 2. Niño en mala posición  
 3. Niño muy grande  
 4. Hemorragia  
 5. No la pudieron atender  
 8. Otro \_\_\_\_\_  
 Especifique

326. ¿El niño nació ... (**LEER**)

**P326VAG** 1. Vía vaginal/normal?  
 2. Vía vaginal con fórceps?  
 3. Por cesárea?

327. ¿Fue el parto de (Nombre) antes del tiempo esperado, de tiempo, o se pasó la fecha esperada?

- P327OUR**
- |    |                     |        |                   |
|----|---------------------|--------|-------------------|
| 1. | Antes del tiempo    | _____→ | <b>CONTINUE</b>   |
| 2. | De tiempo           | _____→ | <b>PASE A 400</b> |
| 3. | Atrasado            | _____→ | <b>CONTINUE</b>   |
| 9. | No sabe/no recuerda | _____→ | <b>PASA A 400</b> |

328. ¿Cuántos días?

**P328DIA**    \_\_ \_\_  
98 = No recuerda

## IV. ATENCION POST PARTO (PUERPERIO)

400. ¿Como consecuencia del parto, durante los primeros cuarenta días después del parto, tuvo usted alguno de los siguientes problemas? (**LEER**)

		SI	NO	NS/NR
P400A	a. Sangrado intenso por la vagina	1	2	9
P400B	b. Desmayo o pérdida de conciencia	1	2	9
P400C	c. Convulsiones o ataques	1	2	9
P400D	d. Infección de los pechos	1	2	9
P400E	e. Fiebre, calentura alta o escalofríos	1	2	9
P400F	f. Dolor o ardor al orinar	1	2	9

401. **ENCUESTADORA: ¿CONTESTO "SI" A CUALQUIER PROBLEMA EN 400?**

- P401F
1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 403**

402. ¿Recibió atención médica para el/los problema(s) que tenía durante los primeros 40 días después del parto?

- P402ATEN
1. Si
  2. No

403. ¿Tuvo usted algún control después del parto?

- P403CONT
1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 406**
  9. No sabe/no recuerda ———► **PASE A 406**

404. ¿A los cuántos días después del parto tuvo su primer control?

- P404DIA
- — Días
- 98 = NS/NR

405. ¿Dónde se hizo ese control?

- P405DON
1. Hospital del Ministerio de Salud
  2. Hospital del IHSS
  3. Hospital/clínica/médico privado
  4. CESAMO
  5. CESAR
  6. Partera
  7. Partera y Centro de Salud
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

406. ¿A los cuántos meses después del parto le volvió su regla?

- P406REG
- — Meses
- 00 = En el mismo mes
- 97 = No ha vuelto a tener
- 98 = NS/NR

407. ¿Cuántos meses después de su parto comenzó a tener relaciones sexuales?

P407RS

-- — Meses

00 = Menos que 1 mes

77 = Aún no ha comenzado

98 = No recuerda

408. ENCUESTADORA: EN BASE A LA PREGUNTA 304, ANOTE COMO TERMINO EL ULTIMO EMBARAZO

P408F

1. Nacido muerto —————→ **PASE A 600**

2. Nacido vivo —————▶ **CONTINUE**

409. ¿Le pesaron el niño al nacer?

P409PESO

1. Si \_\_\_\_\_ ► CONTINUE

2. No  PASE A 411

9. No sabe/no recuerda —————▶ **PASE A 411**

410. ¿Cuánto pesó?

Libras P410LIB      Onzas P410ONZ      o      Gramos P410GRA

98 98 = NS/NR

$$98 \quad 98 = \overline{\text{NS}}/\overline{\text{NR}}$$

411. ¿En los primeros 15 días después que el niño nació tuvieron que hospitalizarle?

P411HOS

1. Si  $\longrightarrow$  CONTINUE

2. No  $\longrightarrow$  PASE A 500

412. ¿Por qué tuvieron que hospitalizar al niño?

P412RAZ

1. Se puso amarillo la piel o los ojos/ictericia

2. Presentaba fiebre/infección

### 3. Convulsiones/ataque

4. Se puso rígido/tieso

8. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

# V. ALIMENTACION DEL NIÑO/LACTANCIA MATERNA

500. ¿Le dió pecho al niño?

- P500PECH** 1. Si \_\_\_\_\_→ CONTINUE  
2. No \_\_\_\_\_→ PASE A 502

501. ¿Después que nació (Nombre) cuánto tiempo pasó antes de pegar el niño(a) al pecho por primera vez?

- P501ERA** 1. Minutos \_\_\_\_ \_\_\_\_  
2. Horas  
3. Días  
998. NS/NR

502. **ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 211 Y DETERMINE SI**

- P502F** 1. El último nacido vivo está vivo actualmente —> CONTINUE  
2. El último nacido vivo está muerto —————> PASE A 600

503. **ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 500 Y COPIAR LA RESPUESTA**

- P503F** 1. Si \_\_\_\_\_→ CONTINUE  
2. No \_\_\_\_\_→ PASE A 509

504. ¿Está dándole el pecho actualmente?

- P504ACT** 1. Si \_\_\_\_\_→ PASE A 507  
2. No \_\_\_\_\_→ CONTINUE

505. ¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de darle de mamar?

- P505DEJO** 1. Días (si es menos de un mes) \_\_\_\_ \_\_\_\_  
2. Meses

506. ¿Por qué dejó de darle de mamar al niño?

- P506RAZ** 1. Niño se enfermó de diarrea  
2. Niño se enfermó por otra causa  
3. Niño ya no quería/prefiere el pepe  
4. Poca leche/insuficiente/pechos se secaron  
5. Salía a trabajar/estudiar  
6. Era inconveniente  
7. Se enfermó la madre  
8. Problemas con pechos (enfermedad/hinchazón/dolor)  
9. Ya tenía edad para el destete  
10. Quedó embarazada  
11. Empezó utilizar pastillas anticonceptivas  
88. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 509**

507. ¿Cuántas veces le dió el pecho desde las seis de la mañana de ayer hasta las seis de la tarde de ayer?

P507VEC

-- — Número de veces  
97 = Cada vez que el niño lo pedía  
98 = No recuerda

508. ¿Cuántas veces le dió el pecho desde las seis de la tarde de ayer hasta las seis de la mañana de hoy?

P508VEC

-- — Número de veces  
97 = Niño duerme con ella  
98 = No recuerda

509. **ENCUESTADORA: REVISE EN PREGUNTA 209 E IDENTIFIQUE SI EL NIÑO TIENE:**

P509F

1. 0-23 meses de edad —————→ **CONTINUE**
2. 24 meses o más de edad —————→ **PASE A 600**

510. ¿Cuántos meses cumplidos tenía el niño cuando empezó a darle:  
(LEER)

00 = menos de un mes  
66 = no ha dado  
98 = no recuerda/no sabe

P510A a. agua — —

P510B b. queso/huevo/mantequilla — —

P510C c. carne (pollo, cerdo, res  
pescado, vísceras) — —

P510D d. verduras — —

P510E e. plátano — —

P510F f. frutas — —

P510G g. pan/tortillas — —

P510H h. frijoles/arroz — —

P510I i. raíces (papa, yuca) — —

P510J j. café/té — —

P510K k. refresco (botella) — —

P510L l. leches (lata, polvo,  
bolsa, vaca) — —

P510M m. sopa — —

P510N n. jugo — —

511. ¿Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy, le dió al niño algo de lo siguiente? (**LEER**)

		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>
<b>P511A</b>	a. Agua	1	2	9
<b>P511B</b>	b. Leche de vaca	1	2	9
<b>P511C</b>	c. Leche de lata/polvo	1	2	9
<b>P511D</b>	d. Otros líquidos/jugos	1	2	9
<b>P511E</b>	e. Comida solida	1	2	9
<b>P511F</b>	f. Puré/papilla	1	2	9

## VI. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

600. ENCUESTADORA: VEA 209 CUANTOS HIJOS NACIDOS VIVOS HA TENIDO A PARTIR DEL PRIMERO DE ENERO DE 1991?

P600HIJ

Hijos \_\_\_\_\_ CONTINUE  
0 \_\_\_\_\_ PASE A 1000

601. SELECCION DE UN HIJO

VEA LA HISTORIA DE NACIMIENTOS (PREGUNTA 209) Y REGISTRE AQUI LOS NACIMIENTOS QUE OCURRIERON A PARTIR DE ENERO DE 1991. REGISTREN EN ORDEN DE ÚLTIMO AL PENÚLTIMO,ETC.

	NOMBRE	ESTA VIVO?	
		SI	NO
1. Ultimo _____		1	2
2. Penúltimo _____		1	2
3. 2o.antes _____		1	2
4. 3o.antes _____		1	2
5. 4o.antes _____		1	2

CUADRO PARA SELECCION DE HIJO

PENULTIMO DIGITO DEL NUMERO DEL CUESTIONARIO	NUMERO DE NIÑOS LISTADOS				
	1	2	3	4	5
0	1	2	2	4	3
1	1	1	3	1	4
2	1	2	1	2	5
3	1	1	2	3	1
4	1	2	3	4	2
5	1	1	1	1	3
6	1	2	2	2	4
7	1	1	3	3	5
8	1	2	1	4	1
9	1	1	2	1	2

602. NÚMERO DE LINEA EN 601 DE HIJO SELECCIONADO? \_\_\_\_\_

P602NRO

NOMBRE DEL (LA) HIJO(A) SELECCIONADO (A) \_\_\_\_\_

603. ¿ESTA VIVO EL/LA HIJO(A) SELECCIONADO(A)?

P603VIV

1. Si  
2. No



Ahora vamos a hablar del embarazo de \_\_\_\_\_.  
(Nombre)

604. ¿Registró o asentó el niño?

- P604REG**
1. Si
  2. No

605. ¿El embarazo de (Nombre) ocurrió porque usted lo deseaba?

- P605DES**
1. Si \_\_\_\_\_► **PASE A 607**
  2. No \_\_\_\_\_► **CONTINUE**
  3. No recuerda \_\_\_\_\_► **PASE A 607**

606. ¿Usted no deseaba ese embarazo porque no quería tener más hijos o porque deseaba que pasara más tiempo antes de tenerlo?

- P606NEMB**
1. No quería más hijos
  2. Deseaba esperar más tiempo
  9. No recuerda

607. ¿Después del parto de (Nombre), usó usted algún método para evitar embarazarse de nuevo?

- P607USO**
1. Si \_\_\_\_\_► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_► **PASE A 610**

608. ¿Cuál método usó?

- P608MET**
1. Pastillas
  2. DIU (dispositivo)
  3. Condón
  4. Inyección
  5. Métodos vaginales
  6. Esterilización femenina
  7. Vasectomía
  8. Norplant
  9. Ritmo
  10. Retiro
  11. Método de Billings
  12. Lactancia materna
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

609. ¿Cuántos días o meses después del parto inició con ese método anticonceptivo?

- P609TIE**
- -- meses
- 00 = Menos de un mes

610. **ENCUESTADORA: VEA 603. ¿ESTA VIVO EL HIJO SELECCIONADO?**

- P610F**
1. Si \_\_\_\_\_► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_► **PASE 1000**

611. ¿Después de nacer (Nombre), lo/la llevó al médico o centro de salud para un control?

**P611MED**

1. Si \_\_\_\_\_ ➔ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ➔ **PASE A 700**
9. No sabe/no recuerda —➔ **PASE A 700**

612. ¿Cuántas días tenía cuando lo/la llevó al médico o centro de salud por primera vez?

**P612DIA**

- — días
98. No sabe/no recuerda

613. ¿A dónde lo/la llevó?

**P613DON**

1. Hospital del Ministerio de Salud Pública
  2. Hospital del IHSS
  3. Hospital/médico/clínica privada
  4. CESAMO
  5. CESAR
  6. ASHONPLAFA
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
9. No sabe/no recuerda

614. ¿Por qué lo (la) llevó?

**P614RAZ**

1. Estaba enfermo(a)
  2. Niño sano (Control de crecimiento y Desarrollo)
  3. Vacunas
  4. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

## VII. VACUNACIONES

700. ¿Tiene el carnet de vacunación de (Nombre)? Me lo podría mostrar?

P700CAR

1. Si/lo mostró \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. Si y no lo mostró \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 707
3. No tiene \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 707

**ENCUESTADORA: REVISE EL CARNET DE VACUNA Y ANOTE EL NUMERO DE DOSIS DE CADA VACUNA Y FECHAS DE ADMINISTRACION.**

**TOTAL: SE REFIERE AL TOTAL DE DOSIS ADMINISTRADAS QUE APARECEN EN EL CARNET.**

## FECHAS DE LAS DOSIS

	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis	No. Total dosis
701. Polio	P701PD / P701PM / P701PA día mes año	P701SD / P701SM / P701SA día mes año	P701TD / P701TM / P701TA día mes año	P701T
702. DPT	P702PD / P702PM / P702PA día mes año	P702SD / P702SM / P702SA día mes año	P702TD / P702TM / P702TA día mes año	P702T
703. Saram- pión	P703PD / P703PM / P703PA día mes año			P703T
704. BCG	P704D / P704M / P704A día mes año			P704T

705. **ENCUESTADORA: REVISE EN EL CARNET SI TIENE ANOTADA LA APLICACION DE VITAMINA "A"**

P705VITA

1. Si tiene anotado \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. No tiene anotado \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 800

706. **ENCUESTADORA: ANOTE CUANTAS VECES APARECE QUE HAN APLICADO VITAMINA "A"**

P706TOT

-- -- veces

FECHA DE ULTIMA DOSIS	P706UD / P706UM / P706UA día mes año
FECHA DE PENULTIMA DOSIS	P706PD / P706PM / P706PA día mes año
FECHA DE ANTEPENULTIMA DOSIS	P706AD / P706AM / P706AA día mes año

**ENCUESTADORA PASE A 800**

707. ¿Le aplicaron la vacuna de BCG (Tuberculosis) al niño?

- P707BCG** 1. Si  
2. No  
9. No recuerda

708. ¿Cuántas dosis de DPT le han aplicado al niño?

- P708DPT** \_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

709. ¿Cuántas dosis de polio le han aplicado al niño?

- P709POL** \_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

710. ¿Cuántas dosis contra el sarampión le han aplicado al niño?

- P710SAR** \_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

## VIII. ENFERMEDAD DIARREICA

800. ¿Tiene o ha tenido (Nombre) diarrea en los últimos quince días?

- P800DIA**
1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 900**
  9. No sabe \_\_\_\_\_ ► **PASE A 900**

801. ¿Por cuántos días ha tenido/tuvo diarrea?

- P801TDIA**
- — días
- 00 = Comenzó hoy
- 98 = No sabe/no recuerda

802. ¿Durante la diarrea el niño tiene/tuvo... (**LEER**)

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>P802A</b> a. vómitos/vasca?	1	2
<b>P802B</b> b. fiebre alta (>38.5° c)?	1	2
<b>P802C</b> c. sangre en las heces?	1	2
<b>P802D</b> d. moco en las heces?	1	2

803. ¿Le dió algo para esa diarrea?

- P803ALGO**
1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 806**

804. ¿Qué le dió? (**NO LEER**)

	<b>MENCIONO</b>	<b>NO MENCIONO</b>
<b>P804A</b> a. Pastillas	1	2
<b>P804B</b> b. Jarabe/líquidos	1	2
<b>P804C</b> c. Inyecciones	1	2
<b>P804D</b> d. Purgantes	1	2
<b>P804E</b> e. Sobada	1	2
<b>P804F</b> f. Plantas medicinales	1	2
<b>P804G</b> g. Antibióticos	1	2
<b>P804H</b> h. Antidiarréicos	1	2
<b>P804I</b> i. Suero en las venas	1	2
<b>P804J</b> j. Litrosol	1	2
<b>P804K</b> k. Suero casero	1	2
<b>P804L</b> l. Otro _____	1	2
Especifique		

805. ¿Y de esto que le dió, cuál cosa le dió primero?

- P805PRI**
1. Pastillas
  2. Jarabes/líquidos
  3. Inyecciones
  4. Purgantes
  5. Sobada
  6. Plantas medicinales
  7. Antibióticos
  8. Antidiarréicos
  9. Suero en las venas (tratamiento endovenoso)
  10. Litrosol
  11. Suero casero
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

806. ¿Durante la diarrea el niño presentó ... (LEER)

		SI	NO
<b>P806A</b>	- Piel seca y/o arrugada?	1	2
<b>P806B</b>	- Ojos hundidos y secos?	1	2
<b>P806C</b>	- Mollera hundida (< 1 año)?	1	2
<b>P806D</b>	- No orinaba?	1	2
<b>P806E</b>	- Sed?	1	2
<b>P806F</b>	- Labios secos?	1	2

807. ¿Tuvo que hospitalizarlo?

- P807HOS**
1. Si
  2. No

808. **ENCUESTADORA: VEA 804. ¿LE DIO LITROSOL AL NIÑO DURANTE ESTA DIARREA?**

- P808LITR**
1. Si \_\_\_\_\_ ➔ **PASE A 810**
  2. No \_\_\_\_\_ ➔ **CONTINUE**
  3. No sabe que es litrosol ➔ **PASE A 900**

809. ¿Por qué no le dió? (**ANOTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA**)

- P809NLIT**
1. No tenía litrosol/se me terminó
  2. No sabía que era bueno
  3. No le tiene fe/no sirve/no cura
  4. No me lo recetaron
  5. No le gusta al niño
  6. Le di otra clase de medicina
  7. No había disponible suero
  8. No fue grave la diarrea/no deshidratado
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 900**

810. ¿Cuánto tiempo después de iniciada la diarrea le empezó a dar el litrosol?

- P810TIE**
- — Horas
- 00 = antes de una hora

811. ¿Dónde consiguió el litrosol?

- P811DON**
1. Distribuidor comunitario
  2. CESAR/CESAMO/Hospital del Ministerio de Salud
  3. Hospital de IHSS
  4. Farmacia
  5. Pulpería
  6. Puesto venta de medicina
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
9. No sabe/no recuerda

812. ¿Cuántos sobres de litrosol le ha dado o dió al niño para esta diarrea?

**P812SOB**

\_\_\_\_ \_ Sobres

813. ¿Por cuántos días le dió litrosol?

**P813DIA**

\_\_\_\_ \_ Días





**X. MORTALIDAD MATERNA**

1000. ¿Tiene usted hermanas de madre que actualmente están vivas?

- P1000HER** 1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1003**  
 9. No sabe \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1100**

1001. ¿Cuántas hermanas de madre están actualmente vivas?

**P1001HER**      \_\_ \_\_ hermanas vivas

1002. ¿Ahora, le voy a preguntar sobre las edades de las hermanas de madre que usted tiene y están actualmente vivas? (**COMIENCE POR LA DE MAYOR EDAD**).

No.	NOMBRE	AÑOS CUMPLIDOS 98 = No sabe
01.	_____	<b>P1002ED1</b> __ __
02.	_____	<b>P1002ED2</b> __ __
03.	_____	<b>P1002ED3</b> __ __
04.	_____	<b>P1002ED4</b> __ __
05.	_____	<b>P1002ED5</b> __ __
06.	_____	<b>P1002ED6</b> __ __
07.	_____	<b>P1002ED7</b> __ __
08.	_____	<b>P1002ED8</b> __ __
09.	_____	<b>P1002ED9</b> __ __
10.	_____	<b>P1002D10</b> __ __
11.	_____	<b>P1002D11</b> __ __
12.	_____	<b>P1002D12</b> __ __

1003. ¿Ha tenido usted hermanas de madre que murieron?

- P1003HEF** 1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1100**  
 9. No sabe \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1100**

1004. ¿Cuántas hermanas de madre murieron?

**P1004HEF**      -- — hermanas muertas

**Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su(s) hermana(s) de madre que falleció(fallecieron)?. SI HA FALLECIDO MAS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIO MAS RECIENTEMENTE.**

1005 ¿Cuál es el nombre? ANOTE EL NOMBRE	1	2	3	4	5
1006 ¿Hace cuántos años falleció (NOMBRE)?	P1006T11 — — Nº DE AÑOS	P1006T12 — — Nº DE AÑOS	P1006T13 — — Nº DE AÑOS	P1006T14 — — Nº DE AÑOS	P1006T15 — — Nº DE AÑOS
1007 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE) cuando falleció?	P1007ED1 — — AÑOS 11-54 continúe si no, siguiente col.	P1007ED2 — — AÑOS 11-54 continúe si no, siguiente col.	P1007ED3 — — AÑOS 11-54 continúe si no, siguiente col.	P1007ED4 — — AÑOS 11-54 continúe si no, siguiente col.	P1007ED5 — — AÑOS 11-54 continúe si no, siguiente col.
1008 ¿Dónde estaba (NOMBRE) cuando murió? (LEER)	P1008DO1	P1008DO2	P1008DO3	P1008DO4	P1008DO5
1. Hospital/clínica pública	1. Hospital/ clínica pública	1. Hospital/ clínica pública	1. Hospital/ clínica pública	1. Hospital/ clínica pública	1. Hospital/ clínica pública
2. Hospital/clínica privada	2. Hospital/ clínica privada	2. Hospital/ clínica privada	2. Hospital/ clínica privada	2. Hospital/ clínica privada	2. Hospital/ clínica privada
3. Centro de salud	3. Centro de salud	3. Centro de salud	3. Centro de salud	3. Centro de salud	3. Centro de salud
4. En su casa/partera/familiar	4. Casa	4. Casa	4. Casa	4. Casa	4. Casa
5. En el trayecto buscando atención	5. Trayecto	5. Trayecto	5. Trayecto	5. Trayecto	5. Trayecto
8. Otro	8. Otro	8. Otro	8. Otro	8. Otro	8. Otro
1009 ¿Ella (NOMBRE) murió cuando...?(LEER)	P1009CU1	P1009CU2	P1009CU3	P1009CU4	P1009CU5
1. ¿Estaba embarazada?	1. Embarazo	1. Embarazo	1. Embarazo	1. Embarazo	1. Embarazo
2. ¿Durante un parto?	2. Parto	2. Parto	2. Parto	2. Parto	2. Parto
3. ¿Durante un aborto?	3. Aborto	3. Aborto	3. Aborto	3. Aborto	3. Aborto
4. ¿Dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo?	4. Post-parto	4. Post-parto	4. Post-parto	4. Post-parto	4. Post-parto
5. ¿En otro momento?	5. Otro	5. Otro	5. Otro	5. Otro	5. Otro
1010 ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en toda su vida?	P1010HJ1 — — HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P1010HJ2 — — HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P1010HJ3 — — HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P1010HJ4 — — HIJOS (PASE A SIGTE. COLUMNA)	P1010HJ5 — — HIJOS

## XI. PLANIFICACION FAMILIAR

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

	1100	1101	1102	1103
	¿Ha oído hablar de...	¿Alguna vez ha usado	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usarlo (98 no recuerda)	¿Lo ha usado en los últimos 30 días
	SI NO	SI NO	EDAD	SI NO
A...la píldora o pastillas anticonceptivas?	P1100PIL 1 2	P1101PIL 1 2	P1102PIL — —	P1103PIL 1 2
B...el DIU (dispositivo)?	P1100DIU 1 2	P1101DIU 1 2	P1102DIU — —	P1103DIU 1 2
C...el condón o preservativo?	P1100CON 1 2	P1101CON 1 2	P1102CON — —	P1103CON 1 2
D...la inyección anticonceptiva?	P1100INY 1 2	P1101INY 1 2	P1102INY — —	P1103INY 1 2
E...los métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/crema/óvulos/tabletas)?	P1100VAG 1 2	P1101VAG 1 2	P1102VAG — —	P1103VAG 1 2
F...la esterilización femenina u operación?	P1100FEM 1 2	P1101FEM 1 2	P1102FEM — —	P1103FEM 1 2
G...la vasectomía o esterilización masculina?	P1100MAS 1 2	P1101MAS 1 2	P1102MAS — —	P1103MAS 1 2
H...norplant (implante en el brazo)?	P1100NOR 1 2	P1101NOR 1 2	P1102NOR — —	P1103NOR 1 2

	1100	1101	1102	1103
	¿Ha oído hablar de...	¿Alguna vez ha usado	¿Qué edad tenía cuando comenzó a usarlo	¿Lo ha usado en los últimos 30 días
(98 no recuerda)				
	SI NO	SI NO	EDAD	SI NO
I...el ritmo o del calendario? (cuando una pareja evita tener relaciones sexuales durante los días en los cuales la mujer puede quedar embarazada	P1100RIT	P1101RIT	P1102RIT	P1103RIT
	1 2	1 2	— —	1 2
J...del método retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar, escupir afuera)?	P1100RET	P1101RET	P1102RET	P1103RET
	1 2	1 2	— —	1 2
K...del método Billings (moco cervical)?	P1100BIL	P1101BIL	P1102BIL	P1103BIL
	1 2	1 2	— —	1 2

**ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 1101 Y 1103 Y CLASIFIQUE A LA ENTREVISTADA EN BASE A LA RESPUESTA QUE DIO PARA EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.**

- Si la mujer nunca ha usado un método, clasifíquela "NUNCA USO"
- Si ella ha usado un método, pero actualmente no usa ninguno, clasifíquela "USUARIA ANTERIOR"
- Si ella uso un método en los últimos treinta días, clasifíquela "USUARIA ACTUAL"

1104. **ENCUESTADORA: PROCEDA A CLASIFICAR:**

P1104F

1. Nunca usó —————→ **PASE A 1150**
2. Usaria anterior —————→ **PASE A 1144**
3. Usaria actual —————→ **CONTINUE**

**SOLAMENTE PARA MUJERES QUE REFIEREN ESTAR USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE**

**USUARIAS ACTUALES**

1105. **ENCUESTADORA: MARQUE EL METODO QUE ESTA USANDO (VEA 1103). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO.**

**P1105UMT**

- |     |                               |   |             |
|-----|-------------------------------|---|-------------|
| 1.  | Pastillas _____               | → | CONTINUE    |
| 2.  | DIU (dispositivo) _____       | → | PASE A 1112 |
| 3.  | Condón _____                  | → | PASE A 1116 |
| 4.  | Inyección _____               | → | PASE A 1130 |
| 5.  | Métodos vaginales _____       |   |             |
| 6.  | Esterilización femenina _____ | → | PASE A 1123 |
| 7.  | Vasectomía _____              | → | PASE A 1130 |
| 8.  | Norplant _____                |   |             |
| 9.  | Ritmo _____                   |   |             |
| 10. | Retiro _____                  | → | PASE A 1133 |
| 11. | Método de Billings _____      |   |             |

1106. ¿Me puede mostrar su paquete de pastillas anticonceptivas, por favor?

**P1106PAS**

1. Si mostró el paquete
2. No mostró el paquete

1107. ¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente? **(SI VIO EL PAQUETE, CODIFIQUE LA MARCA ABAJO)**

**P1107PAS**

1. No conoce marca
  2. Nordette
  3. Microgynon
  4. Perla
  5. Lofemenal
  6. Triquilar
  7. Neogynon
  8. Norminest
  9. Eugynon
  10. Ovral
  11. Noriday
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

1108. ¿Qué debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla anticonceptiva?

**P1108TOM**

1. Tomar dos pastillas el día siguiente y continuar su paquete
  2. Continuar tomando la pastilla y usar otro método
  3. Usar otro método hasta iniciar el nuevo ciclo
  4. Esperar la menstruación y seguir el uso con un ciclo nuevo
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
9. No sabe/no recuerda

1109. ¿Por cuánto tiempo ha tomado las pastillas anticonceptivas sin interrupción?

**P1109TIE**

1. Meses                    \_\_\_\_ \_\_\_\_
2. Años
- 998 = No recuerda

1110. ¿Cuánto le cuesta cada paquete (ciclo) de esas pastillas?

**P1110PAG**

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ . \_\_\_\_ \_\_\_\_ Lps.
- 00.00 = Me las regalan \_\_\_\_\_► **PASE A 1130**
- 99.99 = No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_► **PASE A 1130**

1111. ¿Ese valor le parece, caro, apropiado o barato?

**P1111VAL**

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

**ENCUESTADORA PASE A 1130**

**PARA USUARIAS ACTUALES DEL DIU**

1112. ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente el DIU (dispositivo)?

**P1112DIU**

1. Meses                    \_\_\_\_ \_\_\_\_
2. Años
- 998 = No recuerda

1113. ¿En que momento le pusieron el DIU? (**LEER**)

**P1113DIU**

1. Inmediatamente después del parto vaginal (antes de salir del hospital)
  2. Inmediatamente después de un aborto o legrado
  3. Durante una cesárea
  4. Después del parto ¿DESPUES DE CUANTOS DIAS?
  5. En otro momento
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

1114. ¿Cuánto le costó para insertar el DIU?

**P1114PAG**

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Lps
- 0000 = Me las regalan \_\_\_\_\_► **PASE A 1130**
- 9999 = No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_► **PASE A 1130**

1115. ¿Ese valor le parece, caro, apropiado o barato?

**P1115VAL**

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

**ENCUESTADORA PASE A 1130**

## PARA USUARIAS ACTUALES DE CONDONES

1116. ¿Por cuánto tiempo sin interrupción ha estado usando los condones para evitar embarazarse?

P1116CON

1. Meses        \_\_\_\_ \_\_\_\_
2. Años
- 998 = No recuerda

1117. ¿Durante el tiempo que ha estado usando los condones ha sentido algún problema o malestar?

P1117PRO

1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1119**

1118. ¿Qué problemas, inconvenientes o malestares ha tenido usted o su compañero cuando usan los condones? (**NO LEER**)

		NO
	MENCIONO	MENCIONO

- |        |   |   |   |
|--------|---|---|---|
| P1118A | a. Me irritan/siento caliente                                 | 1 | 2 |
| P1118B | b. No se siente lo mismo                                      | 1 | 2 |
| P1118C | c. Interrupción de acto sexual para poder colocarse el condón | 1 | 2 |
| P1118D | d. Se me han roto   | 1 | 2 |
| P1118E | e. Se me quedó adentro  | 1 | 2 |
| P1118F | f. Olor del lubricante/condón                                 | 1 | 2 |
| P1118G | g. Otro _____   | 1 | 2 |
|        | Especifique   |   |   |

1119. ¿Cuál es la marca de condones que usted o su compañero usualmente compra?

P1119MAR

1. Sultán
2. Rough Rider
3. Guardián
4. Stimula
5. Prime
6. Innotex
7. Protektor
8. Made in U.S.A.
88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no recuerda

1120. ¿Cuánto le cuesta cada paquete de condones?

P1120COS

- |                        |        |                    |
|------------------------|--------|--------------------|
| _____ . _____ Lps.     | _____→ | <b>CONTINUE</b>    |
| 00.00 = Me los regalan | _____→ | <b>PASE A 1130</b> |
| 99.99 = No sabe        | _____→ | <b>PASE A 1130</b> |

1121. ¿Cuántas unidades tiene el paquete?

P1121UNI

- \_\_\_\_\_
- 98 = No sabe

1122. ¿Ese valor le parece caro, apropiado o barato?

P1122VAL

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

### ENCUESTADORA PASE A 1130

### SOLO PARA MUJERES ESTERILIZADAS

1123. ¿En qué mes y año la operaron?

P1123MES

Mes \_\_\_\_

P1123ANO

Año \_\_\_\_

1124. ¿La operación fue hecha mientras estaba hospitalizada para un parto o pérdida o fue en otro momento?

P1124HOS

1. Hospitalizada para parto o pérdida
2. En otro momento

1125. ¿Cuánto pagó por la operación?

P1125PAG

\_\_\_\_\_ Lps.

0000 = Me la regalaron —————→ **PASE A 1127**

9999 = No sabe/no recuerda —————→ **PASE A 1127**

1126. ¿Ese valor le parece caro, apropiado o barato?

P1126VAL

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

1127. ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted decidió operarse?

P1127RAZ

1. No deseaba más hijos
2. Recomendación médica
3. Razones económicas
4. Efectos colaterales de otros métodos
5. Falla de otros métodos
6. Por problemas en el último parto
7. Razones de salud
8. Por presencia de un embarazo ectópico
9. Aprovecharon una cirugía de abdomen
10. Es eficaz/muy seguro
11. Por cesáreas anteriores
88. Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especifique

98. No sabe/no recuerda

1128. ¿Desde que se hizo la operación (esterilización), se ha arrepentido de haberse operado?

P1128ARR

1. Si, se ha arrepentido —————→ **CONTINUE**
2. No, se ha arrepentido —————→ **PASE A 1130**



1129. ¿Por qué se ha arrepentido?

- P1129RAZ**
1. Porque desea tener otro hijo
  2. Por problemas de salud posteriores
  3. Por asuntos de religión/sentido de culpabilidad
  4. Cónyuge no contento/desea otro hijo
  5. Tiene nuevo marido/compañero
  6. La operación ha ocasionado problemas emocionales
  7. Quedó embarazada
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
9. No sabe

**AQUI CAEN TODAS LAS MUJERES ACTUALES DE METODOS MODERNOS**

1130. ¿Dónde consiguió usted o su compañero el método anticonceptivo que usa?

- P1130F**
1. Hospital del Ministerio de Salud \_\_\_\_\_
  2. Hospital del IHSS \_\_\_\_\_
  3. Hospital/clínica/médico privado \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
  4. CESAMO \_\_\_\_\_
  5. CESAR \_\_\_\_\_
  6. Partera \_\_\_\_\_
  7. Farmacia \_\_\_\_\_
  8. Puesto de venta de medicina \_\_\_\_\_
  9. Pulpería/supermercado \_\_\_\_\_ → **PASE A 1132**
  10. Clínica de ASHONPLAFA \_\_\_\_\_
  11. Consejera comunitaria o puesto de ASHONPLAFA \_\_\_\_\_
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_ → **PASE A 1132F**

1131. ¿Cuál es el nombre de la institución y del lugar donde obtiene usted el método que usa?

Nombre Institución \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

1132. ¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar por el medio de transporte que usualmente usa?

- P1132TIE**
- — — minutos
- 999 = No sabe

1132F. **ENCUESTADORA: VER EL CUADRO DE LA SEGUNDA PAGINA DEL MODULO XI (PREGUNTA 1103 EN PAGINA 36). IDENTIFIQUE SI LA ENTREVISTADA ES USARIA ACTUAL DE UN METODO NATURAL).**

- P1132F**
1. Si \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
  2. No \_\_\_\_\_ → **PASE A 1142**



1138. ¿Usted está satisfecha de usar (Ritmo/Retiro/Billings) como método de planificación familiar?

P1138SAT

1. Si \_\_\_\_\_→ **PASE A 1140**
2. No \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**

1139. ¿Por qué no está satisfecha de usarlo?

P1139INS

1. Riesgo de embarazarme
  2. Temor a que me falle
  3. No le gusta mi marido (compañero)
  4. Interrupción de acto sexual
  5. Tiene que pasar muchos días sin sexo
  6. No es un método seguro
  7. Porque hay que guardar algunos días (dieta)
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 1142**

1140. ¿Por qué se siente satisfecha de usarlo?

P1140RAZ

1. Me protege de un embarazo/es seguro
  2. No tengo que gastar/tiene un bajo costo
  3. No me afecta la salud
  4. No tengo que salir de mi casa para obtenerlo
  5. Le gusta a mi marido
  6. Cumpló con las disposiciones de la iglesia
  8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

P1142PRI

- P1143HIJ

P1144ULT

1. Pastilla
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Esterilización masculina
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No recuerda

1145. ¿Por qué razón dejó de usar el último método?

**P1145RAZ**

1. Para embarazarse
2. No había en existencia
3. Le queda lejos el lugar donde lo obtiene
4. No tuvo dinero para comprarla
5. Tuvo efectos colaterales
6. Miedo a efectos colaterales
7. No fue eficaz/le falló
8. Mi compañero se opuso
9. Dificultad para usarlo
10. Descuido
11. No tenía vida sexual
12. Recomendación médica
13. Menopausia
14. Mala atención de los proveedores/servicios
15. Razones religiosas/sociales
88. Otra \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no recuerda

1146. ¿Le produjo algún problema, reacción o malestar de salud?

**P1146PRO**

1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1148**

1147. ¿Qué problema le produjo?

**P1147CUA**

1. Aumento o pérdida de peso
2. Sangrado entre una y otra regla
3. Dolor de cabeza
4. Náuseas
5. Manchas en la cara
6. Dolor de vientre
7. Nerviosismo
8. Flujo vaginal (secreción)
9. Problemas circulatorios/venas inflamadas
10. Irregularidades menstruales
11. Fiebre/calentura
88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique

1148. ¿Cuál fue el primer método anticonceptivo que usted usó en su vida?

**P1148PRI**

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No recuerda



1157. ¿Cuándo tuvo su primer contacto sexual, qué relación tenía con esa persona **EN ESE MOMENTO**?

**P1157REL**

1. Marido/compañero
  2. Prometido
  3. Novio
  4. Amigo
  5. Recién conocido
  6. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
8. Violación \_\_\_\_\_→ **PASE A 1161**
  9. No recuerda \_\_\_\_\_→ **PASE A 1161**

1158. ¿Cuántos años cumplidos tenía la persona con quien usted tuvo esa primera relación sexual?

**P1158EDA**

\_\_\_ \_\_\_ Años  
98 = NS/NR

1159. ¿Usó usted o su pareja algún método anticonceptivo durante esta primera relación?

**P1159ANT**

1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1161**

1160. ¿Qué método?

**P1160MET**

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No recuerda

1161. ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?

**P1161EDA**

-- -- Años  
98 = No recuerda  
99 = No quiere responder  
77 = Nunca tuvo relaciones sexuales → **PASE A 1203**

1162. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 30 días?

**P1162REL**

1. Si \_\_\_\_\_→ **PASE A 1200**
2. No \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**

1163. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?

**P1163TIE**

1. Meses \_\_\_
2. Años \_\_\_
- 999 = No recuerda

## XII. DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR

1200. ENCUESTADORA: VEA 1104 Y 1105 Y CLASIFIQUE SI LA ENTREVISTADA ES:

P1200F

1. Nunca usó (1104=1) \_\_\_\_\_ → CONTINUE
2. Usuaria anterior(1104=2) \_\_\_\_\_
3. Usuaria actual no esterilizada  
(1104=3 y 1105 no igual a 6 o 7) \_\_\_\_\_ → PASE A 1300
4. Usuaria actual esterilización femenina  
(1104=3 y 1105=6) \_\_\_\_\_ → PASE A 1400
5. Usuaria actual esterilización masculina  
(1104=3 y 1105=7) \_\_\_\_\_

1201. ¿Está usted embarazada actualmente?

P1201EMB

1. Si \_\_\_\_\_ → PASE A 1207
2. No \_\_\_\_\_ → CONTINUE
9. No sabe \_\_\_\_\_ → CONTINUE

1202. ¿Desea embarazarse actualmente?

P1202ACT

1. Si
2. No
9. No sabe

1203. ¿Si usted quisiera podría quedar embarazada?

P1203EMB

1. Si \_\_\_\_\_ → PASE A 1205
2. No \_\_\_\_\_ → CONTINUE
9. No sabe \_\_\_\_\_ → CONTINUE

1204. ¿Por qué cree que no podría quedar embarazada? Dígame la razón principal.

P1204RAZ

1. Menopausia \_\_\_\_\_
2. Histerectomía (le quitaron la matriz) \_\_\_\_\_
3. Hace 2 ó más años que no usa un método y no queda embarazada \_\_\_\_\_ → PASE A 1400
4. El esposo (compañero) es estéril \_\_\_\_\_
5. No tiene vida sexual activa \_\_\_\_\_ → PASE A 1207
6. Está dando el pecho al bebé o post-parto (después del parto) \_\_\_\_\_
8. Otro \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_ → CONTINUE
9. No sabe \_\_\_\_\_



1205. ¿Por qué no está usando usted o su pareja algún método para evitar tener hijos actualmente?

**P1205NUS**

1. Desea embarazarse \_\_\_\_\_
  2. Post-parto o amamantamiento  
(esta dando pecho al bebé) \_\_\_\_\_ → **PASE A 1207**
  3. No tiene relaciones sexuales/  
sexo infrecuente \_\_\_\_\_
  4. Disminuye satisfacción
  5. Miedo a efectos colaterales
  6. Tuvo efectos colaterales
  7. No tiene dinero para comprar/muy caro
  8. No tiene conocimiento de anticoncepción
  9. Le queda lejos/no se consigue fácilmente
  10. Razones religiosas/iglesia
  11. El compañero se opone/no le gusta
  12. Problemas de salud/médico no recomienda
  13. No le gusta/ya no quería usar/no me interesa
  14. Dificultad de uso
  15. Mala atención
  88. Otra \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no responde

1206. ¿Actualmente, desea usted usar algún método para evitar tener hijos?

**P1206EVI**

1. Si \_\_\_\_\_ → **PASE A 1208**
2. No \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
9. No sabe/no responde \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**

1207. ¿Piensa usted usar en el futuro algún método para evitar tener hijos?

**P1207FUT**

1. Si \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ → **PASE A 1300**
9. No sabe/no responde → **PASE A 1300**

1208. ¿Cuál método preferiría usar o está pensando utilizar usted o su pareja?

**P1208CUA**

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No sabe \_\_\_\_\_ → **PASE A 1300**

1209. ¿A dónde iría usted para obtener o hacerse el método?

P1209LUG

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del IHSS
3. Hospital/clínica/médico privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Partera
7. Farmacia
8. Puesto venta de medicina
9. Pulpería/supermercado
10. Clínica de ASHONPLAFA
11. Consejera comunitaria o puesto de ASHONPLAFA
12. La iglesia
13. Familiares/amigos/vecinos
14. Periódicos/revistas —————→ **PASE A 1300**
15. Libros/folletos —————→ **PASE A 1300**
16. Radio/televisión —————→ **PASE A 1300**
88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe —————→ **PASE A 1300**

1210. ¿Cuánto tiempo se tardaría normalmente para llegar a ese lugar por el medio de transporte que usted usualmente usa?

P1210TIE

-- -- -- minutos  
999 = No sabe

## XIII. INTERES EN ESTERILIZACION FEMENINA

ENCUESTADORA: VEA 202 Y 203 PARA DETERMINAR EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE LA ENTREVISTADA

1300. ¿Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener más hijos?  
(SI LA MUJER ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA, DESPUES DE ESTE EMBARAZO)

P1300HIJ

1. Tener un (otro) hijo —————> CONTINUE
2. No tener otro hijo —————> PASE A 1303
9. No sabe —————> PASE A 1302

1301. ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes de tener (un) otro hijo?

P1301HIJ

- — Años
- 00 = menos de un año
- 77 = cuando me case
- 98 = No sabe

1302. ¿Estaría usted interesada en operarse en el futuro para no tener más hijos?

P1302OPE

1. Si —————> PASE A 1306
2. No —————> PASE A 1400
9. No sabe —————> PASE A 1400

1303. ¿Está actualmente interesada en operarse para no tener hijos?

P1303OPE

1. Si —————> CONTINUE
2. No —————> PASE A 1400

1304. ¿Por qué no ha ido a operarse?

P1304RAZ

1. Miedo a la operación
2. Miedo a efectos colaterales
3. Piensa hacérsela postparto
4. No tiene quien le cuide los niños
5. Costo muy elevado
6. Compañero se opone
7. Barreras institucionales
8. No tiene tiempo
9. Razones religiosas/iglesia
10. No le gusta
11. Cerca de la menopausia
12. Prefiere métodos reversibles
13. Sin vida sexual
14. Es todavía muy joven
15. Nunca pensó en ello
16. Necesita mayor información sobre el método
17. Tiene miedo a arrepentirse
88. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique
98. No sabe/no responde

1305. ¿A dónde le gustaría operarse?

**P1305DON**

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del IHSS
3. Hospital/clínica/médico privado
4. Clínica de ASHONPLAFA
8. Otro \_\_\_\_\_
9. No sabe

Especifique

## ENCUESTADORA PASE A 1400

1306. ¿Cuántos hijos le gustaría tener en total antes de operarse?

P1306HIJ -- — Hijos  
98 = No sabe

1307. ¿Cuántos años quiere tener cuando se opere?

P1307ANO -- — Años de edad  
98 = No sabe

## XIV. COMUNICACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

1400. ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 1101. ¿HA OIDO HABLAR LA ENTREVISTADA DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

P1400F

1. Si \_\_\_\_\_→ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_→ PASE A 1500

1401. ¿Cuál método usted recomendaría a las mujeres que nunca han usado algún método?

P1401MET

1. Ninguno
2. Pastillas
3. DIU (Dispositivo)
4. Condón
5. Inyección
6. Métodos vaginales
7. Esterilización femenina
8. Vasectomía
9. Norplant
10. Ritmo
11. Retiro
12. Método de Billings
88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
97. No opina
98. No sabe

1402. ¿Está de acuerdo usted con el uso de la planificación familiar para espaciar el nacimiento de los hijos o evitar el embarazo?

P1402ESP

1. Si
2. No
3. No opina

1403. ¿Ha visto, escuchado, o leído un mensaje o anuncio en los últimos seis meses sobre planificación familiar o sea como espaciar o evitar los embarazos o como usar métodos anticonceptivos?

P1403PF

1. Si
2. No \_\_\_\_\_→ PASE A 1500

1404. ¿Por qué medios ha visto, escuchado o leído esos mensajes o anuncios? (NO LEER)

NO  
MENCIONO MENCIONO

- |        |  |   |   |
|--------|--|---|---|
| P1404A | a. En la radio                           | 1 | 2 |
| P1404B | b. En la televisión                      | 1 | 2 |
| P1404C | c. En periódico o revista                | 1 | 2 |
| P1404D | d. En un afiche                          | 1 | 2 |
| P1404E | e. En folletos                           | 1 | 2 |
| P1404F | f. En clínicas de planificación familiar | 1 | 2 |
| P1404G | g. De trabajadores en salud              | 1 | 2 |
| P1404H | h. De profesores                         | 1 | 2 |
| P1404I | i. Otro _____                            | 1 | 2 |

Especifique

## XV. CONOCIMIENTOS SOBRE ETS/SIDA

1500. ¿Usted ha oído hablar de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual?

**P1500ENF**

1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1509**

¿Me podría mencionar el nombre de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual de las cuales ha oído hablar?

		<b>ESPONTANEO</b>	<b><u>DIRIGIDO</u></b>	<b><u>NO CONOCE</u></b>
1501.	Sífilis (Chancro, mal de la sangre) <b>P1501SIF</b>	1	2	3
1502.	Gonorrrea (purgación flor blanca) <b>P1502GON</b>	1	2	3
1503.	Condiloma (caballitos/ verrugas) <b>P1503CON</b>	1	2	3
1504.	SIDA <b>P1504SID</b>	1	2	3
1505.	Chlamydia <b>P1505CHL</b>	1	2	3
1506.	Herpes Genital <b>P1506HER</b>	1	2	3
1507.	Otras <b>P1507OTR</b> Especifique _____	1		3

1508. **ENCUESTADORA: VEA 1504 E IDENTIFIQUE SI MENCIONO SIDA ESPONTANEAMENTE O EN FORMA DIRIGIDA.**

**P1508F**

1. Si \_\_\_\_\_→ **PASE A 1510**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1600**

1509. ¿Ha oído hablar de SIDA?

**P1509SID**

1. Si \_\_\_\_\_→ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_→ **PASE A 1600**

1510. ¿Piensa que una persona puede estar contagiada con el virus del SIDA y no presentar síntomas de la enfermedad?

**P1510SIN**

1. Si
2. No
9. No sabe

1511. ¿En la actualidad, existe cura para el SIDA?

**P1511CUR**

1. Si
2. No
9. No sabe

1512. ¿Piensa que una persona se puede contagiar con SIDA... (LEER)

		SI	NO	NS
P1512A	a. Besando en la boca?	1	2	9
P1512B	b. Dándole la mano a alguien?	1	2	9
P1512C	c. Dando sangre?	1	2	9
P1512D	d. Recibiendo sangre?	1	2	9
P1512E	e. Utilizando agujas o jeringas que otro haya usado?	1	2	9
P1512F	f. Por la picada de un mosquito?	1	2	9
P1512G	g. Viviendo en la misma casa con personas con SIDA?	1	2	9
P1512H	h. Usando inodoros?	1	2	9
P1512I	i. A través de relaciones sexuales?	1	2	9

1513. ¿Cómo se puede evitar el SIDA? (NO LEER)

		MENCIONO	NO MENCIONO
P1513A	a. Usar condones	1	2
P1513B	b. Tener un solo compañero/ fidelidad	1	2
P1513C	c. No salir con prostitutas	1	2
P1513D	d. No tener relaciones con hombres mujeriegos	1	2
P1513E	e. No tener relaciones por el ano	1	2
P1513F	f. No tener relaciones con hombres que tienen relaciones con otros hombres	1	2
P1513G	g. No tener relaciones sexuales con desconocidos	1	2
P1513H	h. No utilizar jeringas usadas por infectados	1	2
P1513I	i. No usar transfusiones inseguras	1	2
P1513J	j. No tener sexo oral	1	2
P1513K	k. No tener relaciones sexuales	1	2
P1513L	l. Otro _____	1	2
	Especifique		

1514. ¿Usted ha oído hablar del condón? (VEA 1100)

P1514CON	1. Si _____→	CONTINUE
	2. No _____→	PASE A 1600

1515. ¿Cree usted que el uso del condón puede ser una manera muy eficaz, eficaz, poco eficaz o nada eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA? (**LEER**)

**P1515EFI**

1. Muy eficaz
2. Eficaz
3. Poco eficaz
4. Nada eficaz
9. No sabe

1516. **ENCUESTADORA: VERIFIQUE EN 1156 Y 1161 SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES**

**P1516F**

1. Si —————→ **CONTINUE**
2. No —————→ **PASE A 1600**

1517. ¿Sabe usted de algunos lugares o personas en donde se puede obtener condones?

**P1517LUG**

1. Si
2. No —————→ **PASE A 1519**

1518. ¿En que lugares y/o con qué personas? (**NO LEER**)

		MENCIONO	NO MENCIONO
<b>P1518A</b>	a. Hospital/Cesamo/Cesar del MSP	1	2
<b>P1518B</b>	b. Hospital/clínica del IHSS	1	2
<b>P1518C</b>	c. Hospital/clínica/médico privado	1	2
<b>P1518D</b>	d. Partera/voluntario de salud/guardían	1	2
<b>P1518E</b>	e. Farmacia	1	2
<b>P1518F</b>	f. Pulpería/supermercado	1	2
<b>P151G</b>	g. Clínica de ASHONPLAFA	1	2
<b>P1518H</b>	h. Puesto comunitario de ASHONPLAFA	1	2
<b>P1518I</b>	i. Motel/Hotel	1	2
<b>P1518J</b>	j. Otro _____	1	2
	Especifique		

1519. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón?

**P1519RSN**

1. Si —————→ **CONTINUE**
2. No —————→ **PASE A 1521**
3. No responde —————→ **PASE A 1522**





**ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 214. PARA CADA NIÑO QUE MURIO A PARTIR DE ENERO DE 1991 Y ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑO DE EDAD (PREGUNTA 213), TIENE QUE HACER UNA AUTOPSIA VERBAL.**

1600	Hora de finalización de la entrevista	HORA..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1600HOR</span> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px;"></div> MINUTOS..... <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">P1600MIN</span> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 15px; margin: 2px;"></div>
------	---------------------------------------	--

AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO  
 ENTREGUE EL MATERIAL EDUCATIVO,  
 REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO.  
 GRACIAS!

ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION  
 GEOGRAFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA AL  
 CUESTIONARIO INDIVIDUAL