

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

CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA

I. A. IDENTIFICACION MUESTRAL

CUEST	1. NUMERO DE CUESTIONARIO: _____
SECTOR	2. NUMERO DE SECTOR: _____
VIVIENDA	3. NUMERO DE VIVIENDA: _____

B. IDENTIFICACION GEOGRAFICA

DEPART	4. DEPARTAMENTO: _____
MUNICP	5. MUNICIPIO: _____
	6. LUGAR: _____
	7. ESTRATO: 1. Tegucigalpa/San Pedro Sula
ESTRATO	2. Otro Urbano
	3. Rural

REGSAL	8. REGION DE SALUD: 0 1 2 3 4 5 6 7
--------	---

DIRECCION DE LA VIVIENDA: _____

	VISITAS DE LA ENCUESTADORA				VISITA FINAL
	1	2	3	4	Nº VISITA
9. Código de encuestadora	---	---	---	---	P9ENCUES
10. Fecha de la visita	Día ___	Día ___	Día ___	Día ___	P10DIA
	Mes ___	Mes ___	Mes ___	Mes ___	P10MES
11. Hora inicial de la entrevista	Hora ___	Hora ___	Hora ___	Hora ___	P11HORA
	Min ___	Min ___	Min ___	Min ___	P11MINU
12. Resultado	___	___	___	___	RESUL
Código de Resultado: Completa (Viv. y MEF) 1 No hay MEF (Viv. hecha) 5 Moradores ausentes 2 Rechazo de MEF (Viv. hecha) . . . 6 Rechazo de vivienda 3 MEF Ausente (Viv. hecha) 7 Vivienda desocupada 4 Otro _____ 8 <div style="text-align: center;">(Especifique)</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, nacimiento, 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?
(con motor) | 1 | 2 |

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).

P106NIV	0.	Ninguno	0	P106GRA					
	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 _____ ➔ CONTINUE
2. No _____ ➔ PASE A 109

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	P111GRA						
	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)

P123A
P123B
P123C
P123D
P123E
P123F

		MENCIONO	NO MENCIONO
1.	Este es solo para niños	1	2
2.	No cura esa enfermedad	1	2
3.	Es difícil obtenerlo	1	2
4.	Es Caro	1	2
5.	Prefiere otros medicamentos	1	2
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

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

209

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

98 = NS/NR

210

¿Es (nombre)
 varón o hembra?

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

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 DIAS 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. VIVO1	EDAH1 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL1 Año AFALL1	1. Si P215H1 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO2	EDAH2 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL2 Año AFALL2	1. Si P215H2 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO3	EDAH3 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL3 Año AFALL3	1. Si P215H3 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO4	EDAH4 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL4 Año AFALL4	1. Si P215H4 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO5	EDAH5 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL5 Año AFALL5	1. Si P215H5 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO6	EDAH6 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL6 Año AFALL6	1. Si P215H6 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO7	EDAH7 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL7 Año AFALL7	1. Si P215H7 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO8	EDAH8 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL8 Año AFALL8	1. Si P215H8 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			
1.Si --> CONT. VIVO9	EDAH9 Edad	1. Días 2. Meses 3. Años	Mes MFALL9 Año AFALL9	1. Si P215H9 2. No
2.No --> PASE 213	Pase a otro			

CUANDO HAYA REGISTRADO TODOS LOS NACIMIENTOS PASE A PREGUNTA 300

208

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

209

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

99 = no sabe

210

¿Es (nombre)
 varón o hembra?

10	<u> P208H10 </u> Décimo anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC10 MNAC10 ANAC10 </u>	1. Varón <u> SEXH10 </u> 2. Hembra
11	<u> P208H11 </u> Once anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC11 MNAC11 ANAC11 </u>	1. Varón <u> SEXH11 </u> 2. Hembra
12	<u> P208H12 </u> Doce anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC12 MNAC12 ANAC12 </u>	1. Varón <u> SEXH12 </u> 2. Hembra
13	<u> P208H13 </u> Trece anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC13 MNAC13 ANAC13 </u>	1. Varón <u> SEXH13 </u> 2. Hembra
14	<u> P208H14 </u> Catorce anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC14 MNAC14 ANAC14 </u>	1. Varón <u> SEXH14 </u> 2. Hembra
15	<u> P208H15 </u> Quince anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC15 MNAC15 ANAC15 </u>	1. Varón <u> SEXH15 </u> 2. Hembra
16	<u> P208H16 </u> Dieciséis anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC16 MNAC16 ANAC16 </u>	1. Varón <u> SEXH16 </u> 2. Hembra
17	<u> P208H17 </u> Diecisiete anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC17 MNAC17 ANAC17 </u>	1. Varón <u> SEXH17 </u> 2. Hembra
18	<u> P208H18 </u> Dieciocho anterior	Día ___ ___ Mes ___ ___ Año ___ ___	<u> DNAC18 MNAC18 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 DIAS 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	
P309A	a. Hospital del Ministerio Salud	1	2	___	P309AM
P309B	b. Hospital del IHSS	1	2	___	P309BM
P309C	c. Médico/clínica/hospital privado	1	2	___	P309CM
P309D	d. CESAMO	1	2	___	P309DM
P309E	e. CESAR	1	2	___	P309EM
P309F	f. Partera	1	2	___	P309FM
P309G	g. ASHONPLAFA	1	2	___	P309GM
P309H	h. Otro _____	1	2	___	P309HM
	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**)

	SI	NO	NS/NR
P312A - Anemia	1	2	9
P312B - Hinchazón	1	2	9
P312C - Fiebre muy alta/calentura	1	2	9
P312D - Dolor o ardor al orinar	1	2	9
P312E - Desmayos o pérdida de conciencia	1	2	9
P312F - 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
P322A - Sangrado intenso	1	2	9
P322B - Presión alta	1	2	9
P322C - Convulsiones o ataques	1	2	9
P322D - Fiebres o escalofríos	1	2	9
P322E - Desmayos	1	2	9
P322F - Visión borrosa	1	2	9
P322G - Dolor de cabeza fuera de lo normal	1	2	9
P322H - Corte de la vagina (episiotomía)	1	2	9
P322I - 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 _____▶ **CONTINUE**
2. De tiempo _____▶ **PASE A 400**
3. Atrasado _____▶ **CONTINUE**
9. No sabe/no recuerda _____▶ **PASA A 400**

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

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

P411HOS

1. Si _____ ▶ **CONTINUE**
 2. No _____ ▶ **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)**

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

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

	MENCIONO	NO MENCIONO
P804A a. Pastillas	1	2
P804B b. Jarabe/líquidos	1	2
P804C c. Inyecciones	1	2
P804D d. Purgantes	1	2
P804E e. Sobada	1	2
P804F f. Plantas medicinales	1	2
P804G g. Antibióticos	1	2
P804H h. Antidiarréicos	1	2
P804I i. Suero en las venas	1	2
P804J j. Litrosol	1	2
P804K k. Suero casero	1	2
P804L 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
P806A - Piel seca y/o arrugada?	1	2
P806B - Ojos hundidos y secos?	1	2
P806C - Mollera hundida (< 1 año)?	1	2
P806D - No orinaba?	1	2
P806E - Sed?	1	2
P806F - 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

IX. INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDAS

900. ¿En los últimos 15 días, su niño (Nombre) ha tenido tos o problemas en el oído? ¿Ha estado mal del pecho o de la garganta?

P900IRA

1. Si contestó alguna de ellos ———▶ **CONTINUE**
2. No contestó ninguno —————▶ **PASE A 1000**

901. ¿En los últimos 15 días el niño ha presentado... (LEER)

		SI	NO
P901A	a. Respiración más rápida que lo normal (cansado)?	1	2
P901B	b. Se le hundía el pecho al respirar (tiraje)?	1	2
P901C	c. Color morado de dedos y labios (cianosis)?	1	2
P901D	d. Respiración difícil	1	2
P901E	e. Fiebre alta (calentura)?	1	2
P901F	f. Tapazón de nariz o catarro	1	2
P901G	g. Tos?	1	2
P901H	h. Dolor de garganta/ dificultad para tragar?	1	2
P901I	i. Dolor de oído?	1	2
P901J	j. Supuración del oído (pus)?	1	2

902. ¿Hizo algo para tratarle la enfermedad?

- P902TRAT
1. Si —————▶ **CONTINUE**
 2. No —————▶ **PASE A 904**

903. ¿Durante esta enfermedad... (LEER)

		SI	NO
P903A	a. Le limpió la nariz?	1	2
P903B	b. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz?	1	2
P903C	c. Le bajó la fiebre con paños húmedos?	1	2
P903D	d. Le dió más agua que de costumbre?	1	2
P903E	e. Le dió antibióticos?	1	2
P903F	f. Le dió aspirina/antifebriles?	1	2
P903G	g. Lo hospitalizaron?	1	2
P903H	h. Otro _____	1	2
	Especifique		

ENCUESTADORA PASE A 1000

904. ¿Por qué no hizo nada?

P904NADA

1. No lo consideró necesario
2. Servicios de salud demasiado lejos
3. Servicios de salud son malos
4. Por descuido
5. Falta de dinero
6. Demasiado ocupada
7. Falta de transporte
8. Nadie podía cuidar los niños
88. Otro _____
- Especifique
98. No sabe/no recuerda

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.	_____	P1002ED1
02.	_____	P1002ED2
03.	_____	P1002ED3
04.	_____	P1002ED4
05.	_____	P1002ED5
06.	_____	P1002ED6
07.	_____	P1002ED7
08.	_____	P1002ED8
09.	_____	P1002ED9
10.	_____	P1002D10
11.	_____	P1002D11
12.	_____	P1002D12

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)?	P1006T1 -- -- Nº DE AÑOS	P1006T2 -- -- Nº DE AÑOS	P1006T3 -- -- Nº DE AÑOS	P1006T4 -- -- Nº DE AÑOS	P1006T5 -- -- 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 2. Hospital/clínica privada 3. Centro de salud 4. En su casa/partera/familiar 5. En el trayecto buscando atención 8. Otro	1. Hospital/ clínica pública 2. Hospital/ clínica privada 3. Centro de salud 4. Casa 5. Trayecto 8. Otro	1. Hospital/ clínica pública 2. Hospital/ clínica privada 3. Centro de salud 4. Casa 5. Trayecto 8. Otro	1. Hospital/ clínica pública 2. Hospital/ clínica privada 3. Centro de salud 4. Casa 5. Trayecto 8. Otro	1. Hospital/ clínica pública 2. Hospital/ clínica privada 3. Centro de salud 4. Casa 5. Trayecto 8. Otro	1. Hospital/ clínica pública 2. Hospital/ clínica privada 3. Centro de salud 4. Casa 5. Trayecto 8. Otro
1009 ¿Ella (NOMBRE) murió cuando...?(LEER)	P1009CU1	P1009CU2	P1009CU3	P1009CU4	P1009CU5
1. ¿Estaba embarazada? 2. ¿Durante un parto? 3. ¿Durante un aborto? 4. ¿Dentro de las seis semanas después de terminar un embarazo? 5. ¿En otro momento?	1. Embarazo 2. Parto 3. Aborto 4. Post-parto 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?	<input type="text" value="P1100PIL"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101PIL"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102PIL"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103PIL"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
B...el DIU (dispositivo)?	<input type="text" value="P1100DIU"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101DIU"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102DIU"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103DIU"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
C...el condón o preservativo?	<input type="text" value="P1100CON"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101CON"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102CON"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103CON"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
D...la inyección anticonceptiva?	<input type="text" value="P1100INY"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101INY"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102INY"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103INY"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
E...los métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/crema/óvulos/tabletas)?	<input type="text" value="P1100VAG"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101VAG"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102VAG"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103VAG"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
F...la esterilización femenina u operación?	<input type="text" value="P1100FEM"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101FEM"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102FEM"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103FEM"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
G...la vasectomía o esterilización masculina?	<input type="text" value="P1100MAS"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101MAS"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102MAS"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103MAS"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	1	2
H...norplant (implante en el brazo)?	<input type="text" value="P1100NOR"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1101NOR"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1102NOR"/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value="P1103NOR"/>	<input type="text" value=""/>
	1	2	1	2	—	—	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. | Usuaría anterior —————→ | PASE A 1144 |
| | 3. | Usuaría 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. Protetktor
 8. Made in U.S.A.
 88. Otro _____
- Especifique
98. No sabe/no recuerda

1120. ¿Cuánto le cuesta cada paquete de condones?

P1120COS

- _____ . _____ Lps. _____→ **CONTINUE**
- 00.00 = Me los regalan _____→ **PASE A 1130**
- 99.99 = No sabe _____→ **PASE A 1130**

1121. ¿Cuántas unidades tiene el paquete?

P1121UNI

- _____
- 98 = No sabe

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. Cumplo con las disposiciones de la iglesia
8. Otro _____
Especifique

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

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 _____ ▶ CONTINUE
Especifique
 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) _____
 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

→ **PASE A 1207**

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

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 _____ Especifique	1	2

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?

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

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
P1518A	a. Hospital/Cesamo/Cesar del MSP	1	2
P1518B	b. Hospital/clínica del IHSS	1	2
P1518C	c. Hospital/clínica/médico privado	1	2
P1518D	d. Partera/voluntario de salud/guardían	1	2
P1518E	e. Farmacia	1	2
P1518F	f. Pulpería/supermercado	1	2
P151G	g. Clínica de ASHONPLAFA	1	2
P1518H	h. Puesto comunitario de ASHONPLAFA	1	2
P1518I	i. Motel/Hotel	1	2
P1518J	j. Otro _____ Especifique	1	2

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**

1520. ¿Cuál fue la razón para usar el condón? Para evitar...(LEER)

		SI	NO	NO SABE
P1520A	a. Embarazo	1	2	9
P1520B	b. SIDA	1	2	9
P1520C	c. Otras ETS	1	2	9
P1520D	d. Otro _____	1	2	9

Especifique

ENCUESTADORA PASE A 1522

1521. ¿Por qué nunca ha usado el condón? (NO LEER)

		MENCIONO	NO MENCIONO
P1521A	a. No sabe donde obtenerlo	1	2
P1521B	b. Lugar de obtención inconveniente	1	2
P1521C	c. Es caro/costo	1	2
P1521D	d. Tiene una sola pareja	1	2
P1521E	e. Evitar los hijos es solo responsabilidad de la mujer	1	2
P1521F	f. Usa otro método	1	2
P1521G	g. No le gusta/no quiere (INDAGAR)	1	2
P1521H	h. Disminuye el placer/es incómodo	1	2
P1521I	i. No es seguro	1	2
P1521J	j. Es para usarlo fuera del matrimonio	1	2
P1521I	k. Mi esposo no tiene relaciones con otra persona	1	2
P1521D	l. A su pareja no le gusta	1	2
P1521E	m. Otro _____	1	2

Especifique

1522. ¿Si su pareja sexual se lo pidiera, usted estaría dispuesta a usar el condón?

P1522USO

1. Si
2. No
9. No sabe

1523. ¿Y si usted fuera que lo pidiera, como cree que reaccionaría su compañero?

P1523REA

1. Se molestaría
 2. Aceptaría
 3. Me trataría mal
 8. Otro _____
- Especifique
9. No sabe

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..... <input type="text" value="P1600HOR"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text" value="P1600MIN"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
------	---------------------------------------	---

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