

Apéndice A: Cuestionarios



CUESTIONARIO DE HOGAR

NO. DE FOLIO:

NOSOTROS SOMOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ESTAMOS TRABAJANDO EN UN PROYECTO RELACIONADO CON LA SALUD DE LA FAMILIA. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED SOBRE ESOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURA APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS. LA ENTREVISTA SERÁ CONFIDENCIAL Y SUS RESPUESTAS NO SERÁN IDENTIFICADAS.

¿PUEDO COMENZAR AHORA? *Si el permiso es concedido, inicie la entrevista..*

INFORMACION DEL HOGAR	
1. Provincia: _____	2. Municipio: _____
3. Area de Salud _____	4. Código del Consultorio: _____
5 Número del hogar (según Guía de Visita) _____	6. Zona: Urbana1 Rural2
7. Día/Mes/Año de la entrevista: ____ / ____ / ____	
8. Número del entrevistador: _____	
9. Nombre del jefe(a) del hogar: _____	
10. Resultado de la entrevista de hogar: Completa1 Rechazada2 Ausente3 Vivienda no encontrada/destruida4 Otra (<i>especifique</i>)5	
11. Material del piso de la vivienda:** Losa o Baldosa1 Cemento2 Tierra3 Otra(<i>especifique</i>)4	12. Número de cuartos/habitaciones de la vivienda:** _____
Pasar al modulo de: HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR (Reverso)	
13. No. de mujeres elegibles para entrevista: _____	14. No. de mujeres con entrevistas completas: _____
15. No. de niños menores de 5 años: _____	16. No. de niños con entrevistas completas: _____
17. Número del Digitador: _____	
Observaciones:	

HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PRIMERO, DÍGAME LOS NOMBRES DE CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE VIVEN HABITUALMENTE EN ESTE HOGAR, EMPEZANDO CON EL JEFE DEL HOGAR (*Use la definición de miembros de hogar de la encuesta*). Liste la primera persona en la línea 01. Liste los adultos primero y luego los niños. Entonces pregunte: ¿HAY ALGUNA OTRA PERSONA QUE VIVA AQUÍ, AUNQUE NO ESTÉ PRESENTE EN ESTOS MOMENTOS? (ESTO INCLUYE NIÑOS QUE ESTÉN EN LA ESCUELA O EN EL TRABAJO). Si 'sí', complete la lista. Entonces, pregunte y anote las respuestas como se indica en las Instrucciones para la Entrevistadora.

Añada hojas de continuación adicional si no hay espacio suficiente en esta página. Marque aquí si continúa en otra hoja ☐

				ELEGIBLE PARA:		PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS			
				MÓDULOS DE MUJERES	MÓDULOS DE NIÑOS	HAGA PREGUNTAS 7 Y 8			
1. No. Línea	2. Nombre	3. ¿Es (nombre) HOMBRE O MUJER?	4. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDO TIENE (nombre)? ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA ÉL/ELLA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS? Anote años completos 99=NS*	5. Circule el número de línea si la mujer tiene 15-49 años de edad	6. Para cada niño menor de 5 años ¿QUIÉN ES LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE CUIDAR A ESTE NIÑO? Anote el No. de línea de la madre o tutora	7. ¿ALGUNA VEZ ASISTIÓ (NOMBRE) A LA ESCUELA?	8. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ (nombre) EN LA ESCUELA? ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE (nombre) COMPLETÓ DE ESE NIVEL? NIVEL: GRADO: 1 PRIMARIA 99 NS 2 SECUNDARIA 3 PREUNIV./TÉC. 4 SUPERIOR 9 NS		
LÍNEA	NOMBRE	M F	EDAD	15-49	MADRE	SI NO	NIVEL	GRADO	
01		1 2	___	01	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
02		1 2	___	02	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
03		1 2	___	03	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
04		1 2	___	04	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
05		1 2	___	05	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
06		1 2	___	06	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
07		1 2	___	07	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
08		1 2	___	08	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
09		1 2	___	09	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
10		1 2	___	10	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
11		1 2	___	11	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	
12		1 2	___	12	___	1 2⇒PX LÍNEA	1 2 3 4 9	___	

¿HAY ALGUN OTRO NIÑO QUE VIVA AQUÍ – AUNQUE NO SEA MIEMBRO DE ESTA FAMILIA O QUE SUS PADRES NO VIVAN EN ESTE HOGAR? (INCLUYENDO NIÑOS QUE ESTÉN EN LA ESCUELA). Si 'SI', incluya el nombre del niño y complete el formulario.

* Ver instrucciones: usar solamente para miembros ancianos del hogar (código significa "no sabe/60 años y más").

Una vez terminado este Módulo pasar nuevamente a la cara anterior para completar las respuestas a partir de la pregunta 13.

MÓDULO DE AGUA Y SANEAMIENTO		No. de Folio _____
Código del Consultorio _____		
No. hogar en la Guía de Visita del Consultorio _____		
<p><i>Este módulo debe ser aplicado una sola vez por cada hogar visitado.</i></p> <p><i>Para cada pregunta marque una sola respuesta.</i></p> <p><i>Si da más de una respuesta, anote la fuente o servicio más corriente.</i></p>		
1. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL FUENTE DE AGUA PARA BEBER USADA POR LOS MIEMBROS DE ESTE HOGAR?	Tubería dentro de la vivienda.....01 Tubería en el patio/parcela.....02 Llave pública.....03 Pozo con tubería /pozo con bomba04 Pozo o manantial protegido/cubierto.....05 Agua embotellada06 Agua lluvia07 Pozo o manantial desprotegido/ Descubierto08 Charca/estanque, río o arroyo.....09 Pipa o vendedor 10 Otro (<i>especifique</i>) _____ 11 No responde/ NS99	
2. ¿CUÁNTO TIEMPO LE TOMA IR AL LUGAR, RECOGER EL AGUA, Y REGRESAR?	No. de minutos _____ Agua en la vivienda888 NS.....999	
3. ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO SANITARIO USA ESTE HOGAR?	Inodoro con alcantarillado o fosa 1 Letrina sanitaria2 Excusado o pozo negro.....3 No tiene4	4⇒P.5
4. ¿ESTE SERVICIO SANITARIO ES DE USO...?	Exclusivo de la vivienda 1 Común a varias viviendas2 NS.....9	
4.1. EL SERVICIO SANITARIO ESTA UBICADO ...	Dentro de la vivienda 1 Fuera de la Vivienda2 NS.....9	
5. ¿QUE PASA CON LAS DEPOSICIONES (CACCA) DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS (0-3 AÑOS) CUANDO ESTOS NO USAN LA LETRINA O EL INODORO?	Siempre usan el inodoro o letrina..... 1 La echa en el inodoro o letrina2 La bota en el patio.....3 La entierra en el patio.....4 No hace nada o la deja en el suelo.....5 Otra (<i>especifique</i>) _____ 6 No hay niños pequeños en el hogar8	

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒

CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES

INFORMACIÓN DE LA MUJER		No. de Folio _____
Código del Consultorio _____		
No. hogar en Guía de Visita del Consultorio _____		
No. línea Mujer en Listado Miembros del Hogar _____		
<p><i>Este módulo debe ser aplicado a todas las mujeres entre 15 a 49 años de edad (Ver columna 5 de la lista de hogar). Llene un formulario para cada mujer elegible.</i></p>		
1. NÚMERO DE LÍNEA DE LA MUJER (DE LA HOJA PARA LISTAR LOS MIEMBROS DEL HOGAR).	Número de línea	
2. NOMBRE DE LA MUJER.	Nombre	
3A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año.... ____/____/____ NS fecha de nacimiento999999	NS⇒3B
3B. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?	Edad (en años completos)	
MÓDULO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA, VIVIENDO EN UNIÓN LIBRE O TIENE ACTIVIDAD SEXUAL?	SI 1 No 2	2⇒PROX. MODULO
<p>Ahora vamos a cambiar de tema. Me gustaría hablar con usted sobre otro tema –planificación familiar- y su salud reproductiva. yo se que éste es un tema difícil de abordar, pero es muy importante para nosotros obtener esta información. Por supuesto, toda la información que usted nos proporcione se mantendrá en absoluta confidencialidad. usted nunca será identificada por las respuestas a estas preguntas.</p>		
2. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?	SI, actualmente embarazada 1 No 2 Insegura o NS..... 3	1⇒PROX. MODULO
3. ALGUNAS PAREJAS USAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZADO?	SI 1 No 2	2⇒PROX. MODULO
4. ¿QUÉ MÉTODO ESTÁ USANDO? <i>No insinué o sugiera una respuesta Si más de un método mencionado, circule cada uno.</i>	Esterilización femenina 01 Esterilización masculina 02 Pastillas/píldoras 03 DIU 04 Inyecciones..... 05 Implante/norplant..... 06 Condones (Preservativos) 07 Diafragma 08 Espuma/jalea 09 MELA (lactancia y amenorrea) 10 Ritmo 11 Retiro (Coito interrumpido) 12 Otra (especifique) 13	

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒

MÓDULO DE VIH/SIDA		No. de Folio _____
Código del Consultorio _____ No. del hogar en Guía de Visita del Consultorio _____ No. línea Mujer en Listado Miembros del Hogar _____		
<i>Este módulo es para ser aplicado a todas las mujeres de 15-49 años.</i>		
1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE LO QUE USTED SABE SOBRE ENFERMEDADES SERIAS, EN PARTICULAR, SOBRE EL VIH Y EL SIDA. ¿HA OIDO USTED HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE EL VIRUS DEL VIH O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí 1 No 2	2⇒P.17
2. ¿EXISTE ALGO QUE UNA PERSONA PUEDA HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE DEL VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?	Sí 1 No 2 NS..... 9	2⇒P.8 9⇒P.8
Ahora le voy a leer algunas preguntas sobre como una persona puede protegerse del virus del SIDA. Estas preguntas incluyen tópicos relacionados con la sexualidad, temas que algunas personas podrían encontrar difíciles de responder. Sin embargo, su respuesta es muy importante para ayudarnos a entender las necesidades de las personas en Cuba. De nuevo le digo, que esta información es privada y anónima. Por favor, responda sí o no a cada pregunta.		
3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA TENIENDO UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí 1 No 2 NS..... 9	
4. ¿CREE USTED QUE UNA PERSONA PUEDE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES (BRUJERIA)?	Sí 1 No 2 NS..... 9	
5. ¿PUEDE UNA PERSONA PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CORRECTAMENTE CADA VEZ QUE TIENE RELACIONES SEXUALES?	Sí 1 No 2 NS..... 9	
6. ¿PUEDE UNA PERSONA CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DEL MOSQUITO?	Sí 1 No 2 NS..... 9	
7. ¿PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE DEL VIRUS DEL SIDA DEJANDO/ABSTENIÉNDOSE DE TENER RELACIONES SEXUALES?	Sí 1 No 2 NS..... 9	
8. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2 NS..... 9	

9. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO DURANTE EL EMBARAZO?	Sí 1 No 2 NS 9	
10. ¿PUEDE EL VIRUS DE SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO EN EL PARTO?	Sí 1 No 2 NS 9	
11. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO A TRAVÉS DE LA LECHE DEL SENO (MATERNA)?	Sí 1 No 2 NS 9	
12. SI UN MAESTRO/PROFESOR TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMO, ¿SE LE DEBE PERMITIR A ÉL/ELLA CONTINUAR IMPARTIENDO CLASES EN LA ESCUELA (UNIVERSIDAD)?	Sí 1 No 2 NS 9	
13. SI USTED SABE QUE UN COMERCIANTE O VENDEDOR DE ALIMENTOS TIENE SIDA O EL VIRUS QUE LO CAUSA, ¿COMPRARÍA USTED ALIMENTOS DE ÉL/ELLA?	Sí 1 No 2 NS 9	
14. NO VOY A PREGUNTARLE SOBRE SU CONDICIÓN SOBRE VIH, PERO ESTAMOS INTERESADOS EN SABER QUÉ TANTAS SOLICITUDES DE PRUEBAS DE VIH Y DE CONSEJERÍA HAY EN SU COMUNIDAD. ES DECIR, ME GUSTARÍA PREGUNTARLE: NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿ALGUNA VEZ SE HA HECHO LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA?	Sí 1 No 2	2⇒P.16
15. YO NO QUIERO QUE USTED ME DIGA LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA PERO, ¿LE HAN DICHO EL RESULTADO DE LA PRUEBA?	Sí 1 No 2	
16. EN ESTOS MOMENTOS, ¿SABE USTED DE ALGÚN LUGAR DONDE PUEDA IR Y HACERSE LA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí 1 No 2	
17. ¿Es la mujer una madre o tutora de niños menores de 5 años de edad?		
<input type="checkbox"/> Si. ⇒ PASE A CUESTIONARIO PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS y aplique un cuestionario a cada niño menor de 5 años que ella atiende/cuida..		
<input type="checkbox"/> No. ⇒ CONTINUE CON P.18		
18. ¿Vive en este hogar otra mujer elegible?		
<input type="checkbox"/> Si. ⇒ Finalice la actual entrevista agradeciendo a la mujer por su cooperación y PASE AL CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE MUJERES Para aplicar el cuestionario a la siguiente mujer elegible.		
<input type="checkbox"/> No. ⇒ Finalice la entrevista con esa mujer agradeciéndole por su cooperación. Reúna todos los cuestionarios de este hogar y registre el número de entrevistas completas en la portada.		

PASE AL PRÓXIMO MÓDULO ⇒

MÓDULO DE LACTANCIA

SÍ EL NIÑO ES MENOR DE UN 1 AÑO COMIENZE LLENANDO LOS SIGUIENTES DATOS:

<i>Provincia</i> _____ <i>Municipio</i> _____ <i>Area de Salud</i> _____		
<i>Código de Consultorio</i> _____ <i>No. niño en la Guía de Visita de Lactantes</i> _____		
1. ZONA	Urbana..... 1 Rural..... 2	
2. SEXO	Masculino 1 Femenino 2	
3. FECHA DE LA ENTREVISTA:	____ / ____ / ____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Día Mes Año </div>	
4. NÚMERO DEL ENTREVISTADOR	Número _____	
5. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE:	____ / ____ / ____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Día Mes Año </div>	
6. EDAD DE LA MADRE	Años _____	
7. ¿CUÁL FUE EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ EN LA ESCUELA LA MADRE/TUTORA DE ESTE MENOR?	Primaria 1 Secundaria 2 Pre Universitario/Técnico 3 Superior 4 NS 9	
8. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ ELLA EN ESE NIVEL?	Grado _____ NS 99	⇒ P.9

SÍ EL NIÑO TIENE ENTRE 1 Y 4 AÑOS COMIENZE LLENANDO LOS SIGUIENTES DATOS:

<i>No. de Folio</i> _____	
<i>Código de Consultorio</i> _____ <i>No. hogar en Guía de Visita del Consultorio</i> _____ <i>No. línea Madre/Tutora en Listado Miembros del Hogar</i> _____ <i>No. de línea del niño en Listado Miembros del Hogar</i> _____	⇒ P.9

9. ¿CÓMO SE LLAMA EL NIÑO?	Nombre _____	
10.- FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: (NOMBRE)	_____/_____/_____ DÍA MES AÑO	
11. NOMBRE] HA SIDO ALGUNA VEZ AMAMANTADO?	Sí1 No2 NS.....9	2⇒P.14 9⇒P.14
12. ¿TODAVÍA ESTÁ ÉL/ELLA SIENDO AMAMANTADO(A)?	Sí1 No2 NS.....9	2⇒P.14 9⇒P.14
13. ¿DESDE EL DÍA DE AYER HASTA ESTE MOMENTO, RECIBIÓ ÉL/ELLA ALGO DE LO SIGUIENTE: <i>Lea cada rubro en voz alta y anote la respuesta.</i>	<div style="text-align: right;">S N NS</div> A. Suplementos vitamínicos1 2 9 B. Agua1 2 9 C. Agua azucarada o jugos1 2 9 D. SRO1 2 9 E. Leche1 2 9 F. Otros líquidos (<i>especifique</i>)1 2 9 G. Papilla/puré1 2 9	
14. DESDE EL DÍA DE AYER HASTA ESTE MOMENTO, ¿SE LE HA DADO A (<i>nombre</i>) ALGO DE BEBER EN BIBERÓN?	Sí1 No2 NS.....9	
¿HAY ALGUN OTRO NIÑOS QUE VIVA AQUÍ – AUNQUE NO SEA MIEMBRO DE ESTA FAMILIA O QUE SUS PADRES NO VIVAN EN ESTE HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Tome otro modulo igual a este y proceda llenarlo. <input type="checkbox"/> No. ⇒ Finalice la entrevista con este hogar agradeciendo a los participantes por su cooperación. y asegúrese que ha completado la Guía de Visita de Antropometría.		

MÓDULO DE ANTROPOMETRÍA (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

No. de Folio _____

Código del Consultorio _____

No. del hogar en Guía de Visita del Consultorio _____

No. línea Madre/Tutora en Listado Miembros del Hogar _____

No. de línea del niño en Listado Miembros del Hogar _____

1.- NOMBRE DEL NIÑO _____	2.- EDAD MENOR DE 1 AÑO0	
3.- FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: _____/_____/_____ DÍA MES AÑO	4.- FECHA DE LA ENTREVISTA: _____/_____/_____ DÍA MES AÑO	
5. SEXO MASCULINO1 FEMENINO2	6. PESO DEL NIÑO KILOGRAMOS (KG)..... ____ . ____	
7. TALLA DEL NIÑO. VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO: <input type="checkbox"/> Niños menores de 2 años. ⇒ medido (acostado). <input type="checkbox"/> Niños 2 años o mayores. ⇒ medido (parado).	MEDIDO (ACOSTADO)1 ____ . ____ MEDIDO (PARADO)2 ____ . ____	
8. NOMBRE Y CÓDIGO DE LA PERSONA QUE MIDió.	NOMBRE _____ CÓDIGO _____	
9. RESULTADO.	MEDIDO1 AUSENTE.....2 RECHAZO3 OTRA (ESPECIFIQUE)4	

10. ¿Hay otro niño en este hogar que sea elegible para ser medido?

☐ Si. ⇒ Tome otro modulo y proceda anotar las medidas para el próximo niño.

☐ No. ⇒ Verifique que se ha medido y pesado a todos los niños que están registrados en la Guía de Visita de Antropometría de este hogar. Finalice con este hogar agradeciendo a todos los participantes por su cooperación.