|  |  |
| --- | --- |
| MICS logo ALLCUESTIONARIO de MUJERES INDIVIDUALES  **nombre de la encuesta** | |
|  | |
| PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER WM | |
| Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible. | |
| **WM1**. Número de conglomerado: | **WM2**. Número de hogar: |
| \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM3**. Nombre de la mujer: | **WM4**. Número de línea de la mujer: |
| Nombre | \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM5**. Nombre y número de la entrevistadora: | **WM6**. Día / Mes / Año de la entrevista: |
| Nombre \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / 2 0 1 \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:*  Somos de (introduzca la afiliación específica del país). Estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños/as, las familias y los hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente (introduzca la cantidad) minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y anonimato. | *Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:*  Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente (introduzca la cantidad) minutos. De nuevo, toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y anonimato. |
| ¿Puedo comenzar ahora?   * Sí, se concede permiso ⇨ *Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista*. * No, no se concede permiso ⇨ *Circule”03” en*  WM7*. Discuta* *el resultado* con su supervisor. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **WM7**. Resultado de la entrevista con la mujer | Completada 01  Ausente 02  Rechazo 03  Parcialmente completada 04  Incapacitada 05  Otro (especifique) 96 |

|  |  |
| --- | --- |
| **WM8**. Nombre y número del editor de campo:  Nombre \_\_\_ \_\_\_ | **WM9**. Nombre y número del digitador de ingreso de datos:  Nombre \_\_\_ \_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WM10**. Anote la hora. | Hora y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES DE LA MUJER WB | | |
| **WB1**. ¿En qué mes y año nació? | Fecha de nacimiento: Mes \_\_ \_\_  No sabe el mes 98  Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  No sabe el año 9998 |  |
| **WB2**. ¿Cuántos años tiene?  *Indague:* ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños?  *Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes* | Edad (en años completos) \_\_ \_\_ |  |
| **WB3**. ¿Ha asistido alguna vez a la escuela o preescolar? | Sí. 1  No 2 | 2⇨WB7 |
| **WB4**. ¿Cuál es el nivel más alto al que ha asistido usted en la escuela? | Preescolar 0  Primaria 1  Secundaria 2  Superior 3 | 0⇨WB7 |
| **WB5**. ¿Cuál es el grado más alto que completó en ese nivel?  *Si el primer grado de este nivel no se completó, , anote “00”* | Grado \_\_ \_\_ |  |
| **WB6**. Verifique WB4:    🞎 Secundaria o superior (WB4=2 o 3) ⇨ Vaya al Siguiente Módulo  🞎 *Primaria (WB4=1) ⇨ Continúe con WB7* | | |
| **WB7**. Ahora, me gustaría que me leyera esta frase.  Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:  ¿Puede leerme parte de la frase? | No puede leer nada 1  Puede leer sólo partes de la frase 2  Puede leer la frase completa 3  La frase no estaba en el idioma requerido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4  *(especif*ique *el idioma)*  Ciega/vista impedida 5 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acceso a los medios de comunicación y uso de tecnologías de información/comunicación MT | | |
| **MT1**. Verifique WB7:    **🞎** La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇨ Continúe con MT2  **🞎** Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇨ Continúe con MT2  **🞎** No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇨ Vaya a MT3 | | |
| **MT2**. ¿Con qué frecuencia lee un periódico o revista? ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? | Casi todos los días 1  Al menos una vez por semana 2  Menos de una vez por semana 3  Nunca 4 |  |
| **MT3**. ¿Escucha la radio casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? | Casi todos los días 1  Al menos una vez por semana 2  Menos de una vez por semana 3  Nunca 4 |  |
| **MT4**. ¿Con qué frecuencia ve televisión? ¿Diría que casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? | Casi todos los días 1  Al menos una vez por semana 2  Menos de una vez por semana 3  Nunca 4 |  |
| **MT5**. Verifique WB2: ¿Edad de la entrevistada?  🞎 Edad de 15 a 24 ⇨ Continúe con MT6  🞎 Edad de 25 a 49 ⇨ Vaya al Siguiente módulo | | |
| **MT6**. ¿Alguna vez usó una computadora? | Sí. 1  No 2 | 2⇨MT9 |
| **MT7**. ¿Ha usado una computadora en algún lugar en los últimos 12 meses? | Sí. 1  No 2 | 2⇨MT9 |
| **MT8**. En el último mes, ¿con qué frecuencia usó una computadora? ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? | Casi todos los días 1  Al menos una vez por semana 2  Menos de una vez por semana 3  Nunca 4 |  |
| **MT9**. ¿Alguna vez usó internet? | Sí. 1  No 2 | 2⇨Siguiente módulo |
| **MT10**. En los últimos 12 meses ¿usó alguna vez internet?  *Si es* *necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.* | Sí. 1  No 2 | 2⇨ Siguiente módulo |
| **MT11**. En el último mes, ¿con qué frecuencia usó internet? ¿Casi todos los días, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? | Casi todos los días 1  Al menos una vez por semana 2  Menos de una vez por semana 3  Nunca 4 |  |
| FEcUNDIDAD CM | | |
| **CM1**. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido a lo largo de toda su vida. ¿ha dado usted a luz alguna vez? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM8 |
| **CM2**. ¿Cuál es la fecha en que dio a luz por primera vez?  Me refiero a la primera vez en que usted dio a luz, incluso si el niño/a ya no vive o el padre no es su pareja actual.  *Salte a CM4 sólo si se proporciona el año del primer nacimiento. De lo contrario, continúe con CM3.* | Fecha del primer nacimiento  Mes \_\_ \_\_  No sabe el mes 98  Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  No sabe el año 9998 | ⇨CM4 |
| **CM3**. ¿Cuántos años hace desde que dio a luz por primera vez? | Años completos desde el primer nacimiento \_\_ \_\_ |  |
| **CM4**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quién haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM6 |
| **CM5**. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted?  ¿Cuántas hijas viven ahora con usted?  *Si la respuesta es ninguno, anote ‘00’*. | Hijos varones viviendo en casa \_\_ \_\_  Hijas viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM6**. ¿Tiene algún hijo/s o hija/s vivo a quien haya dado a luz pero no esté viviendo con usted ahora? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM8 |
| **CM7**. ¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted?  ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted ahora?  *Si la respuesta es ninguno, anote ‘00’*. | Hijos varones en otro lugar \_\_ \_\_  Hijas en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM8**. ¿Ha dado a luz alguna vez algún hijo o hija que nació vivo pero falleció después?  Si la respuesta es “No”, indague preguntando  lo siguiente:  Me refiero a un niño/a que alguna vez respiró o lloró, o mostró algún signo de vida- aún cuando haya estado vivo/a por sólo unos pocos minutos u horas | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM10 |
| **CM9**. ¿Cuántos niños varones han fallecido?  ¿Cuántas niñas han fallecido?  *Si la respuesta es ninguno/a, anote ‘00’*. | Niños varones muertos \_\_ \_\_  Niñas muertas \_\_ \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CM10**. Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9. | Total \_\_ \_\_ |  |
| **CM11**. Sólo para asegurarme de que esto esté correcto, usted tuvo en total (número total en CM10) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Es así?  **🞎** Sí. Verifique abajo:  **🞎** No nacidos vivos ⇨ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD  **🞎** Uno o más nacidos vivos ⇨ Continúe con CM12  **🞎** No ⇨ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12 | | |
| **CM12**. De estos (*número total en CM10*) nacimientos que ha tenido, ¿cuándo dio a luz al último (incluso si él o ella falleciera)?  Se debe anotar el mes y el año | Fecha del último nacimiento    Mes \_\_ \_\_  Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| **CM13**. Verifique CM12: El último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2012** (si es el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2012**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)  **🞎** No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇨ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD  **🞎** Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇨ Solicite el nombre del último niño nacido/la última niña nacida  Nombre del último niño nacido/la última niña nacida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si el niño/a hubiera fallecido, tenga un cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los  siguientes módulos  Continúe con el siguiente modulo. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FEcundidad/ historial del nacimiento CM | | |
| **CM1**. Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que usted ha tenido durante toda su vida. ¿ha dado usted a luz alguna vez? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM8 |
| **CM4**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quién haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM6 |
| **CM5**. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted?  ¿Cuántas hijas viven ahora con usted?  *Si la respuesta es ninguno, anote ‘00’*. | Hijos varones viviendo en casa \_\_ \_\_  Hijas viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM6**. ¿Tiene algún hijo/s o hija/s vivo a quien haya dado a luz pero no esté viviendo con usted ahora? | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM8 |
| **CM7**. ¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted?  ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted ahora?  *Si la respuesta es ninguno, anote ‘00’*. | Hijos varones en otro lugar \_\_ \_\_  Hijas en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM8**. ¿Ha dado a luz alguna vez algún hijo o hija que nació vivo pero falleció después?  Si la respuesta es “No”, indague preguntando  lo siguiente:  Me refiero un niño/a que alguna vez respiró o lloró, o mostró algún signo de vida- aún cuando haya estado vivo/a por sólo unos pocos minutos u horas. | Sí. 1  No 2 | 2⇨CM10 |
| **CM9**. ¿Cuántos niños varones han fallecido?  ¿Cuántas niñas han fallecido?  *Si la respuesta es ninguno/a, anote ‘00’*. | Niños varones muertos \_\_ \_\_  Niñas muertas \_\_ \_\_ |  |
| **CM10**. Sume las respuestas a CM5, CM7 y CM9. | Total \_\_ \_\_ |  |
| **CM11**. Sólo para asegurarme de que esto esté correcto, usted tuvo en total (número total en CM10) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Es así?  **🞎** Sí. Verifique abajo:  **🞎** No nacidos vivos ⇨ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD  **🞎** Uno o más nacidos vivos ⇨ Continúe con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO  **🞎** No ⇨ Verifique las respuestas a CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO o el módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD | | |

|  |
| --- |
| HISTORIAl DE NACIMIENTOS bh |
| Ahora me gustaría anotar los nombres de todos sus nacidos a los que haya dado a luz, estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo.  *Anote los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre los gemelos y trillizos en líneas separadas. Si hay más de 14 nacidos, use un cuestionario adicional.* |

| BH  Núm.  Línea | BH1.  ¿Cuál es el nombre de su (primer/siguiente) bebé? | BH2.  ¿Alguno de estos nacimientos fue de mellizos /gemelos?  1 Único  2 Múltiple | BH3.  ¿Es (nombre) niño o niña?  1 Niño  2 Niña | BH4.  ¿En qué mes y año nació (nombre)?  *Indague*: ¿Cuándo es su cumpleaños? | | BH5.  ¿Vive (nombre) todavía?  1 Sí  2 No | BH6.  ¿Qué edad tenía (nombre) en su último cumple-años?  Anote la edad en años cumplidos. | BH7.  ¿Vive (nombre) con usted?  1 Sí  2 No | BH8.  Anote el número de línea del hogar del niño/a (desde HL1)  Anote “00” si el niño/la niña no está listado/a. | BH9.  Si ha fallecido:  ¿Qué edad tenía (nombre) cuando falleció?  Si es“1 año”, *indague*:  ¿cuántos meses tenía (nombre)?  Anote días si es menos de 1mes; anote meses si es menos de 2 años; o años | | BH10.  ¿Hubo algún otro nacido vivo entre (nombre del nacido anterior) y (nombre), inclusive cualquier niño/a que falleciera después de nacer?  1 Sí  2 No |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Línea | Nombre | U M | H M | Mes | Año | S N | Edad | S N | Núm. línea | Unidad | Número | S N |
| 01 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** Próxima Línea | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ |  |
| 02 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 03 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 04 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 05 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 06 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 07 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| Línea | Nombre | U M | H M | Mes | Año | S N | Edad | S N | Núm. línea | Unidad | Número | S N |
| 08 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 09 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 10 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 11 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 12 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 13 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| 14 |  | 1 2 | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  **⇨**  BH9 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | \_\_\_ \_\_\_  **⇨** BH10 | Días 1  Meses 2  Años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2  Añada Siguiente  Nacido Nacido |
| **BH11**. ¿Ha tenido usted algún nacido vivo desde el nacimiento de (*nombre del último nacido en el módulo de HISTORIAL DEL NACIMIENTO*)? | | | | | | | Sí 1  No 2 | | | | | 1⇨Anote nacido/s en el Historial de nacimientos |

|  |
| --- |
| **CM12A**. *Compare el número en CM10 con el número de nacimientos en el Historial de nacimientos de arriba y verifique:*  **🞎**  *Los números son los mismos ⇨ Continúe con CM13*  **🞎** Los números son diferentes ⇨ Indague y reconcilie |
| **CM13**. Verifique BH4 en el HISTORIAL DE NACIMIENTOS: el último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, desde (mes de la entrevista) de **2012** (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es **2012**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)  **🞎** No tuvo nacidos vivos en los últimos 2 años. ⇨ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.  **🞎** Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇨ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo  Nombre del último niño nacido/la última niña nacida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si el niño/a hubiera fallecido, tenga cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los  siguientes módulos. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÚLTIMO NACIMIENTO deseado db | | |
| Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique. | | |
| **DB1**. Cuando se quedó embarazada de (*nombre*), ¿quería usted quedarse embarazada en ese momento? | Sí. 1  No 2 | 1⇨Siguiente  módulo |
| **DB2**. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o ya no quería tener (más) hijos/as? | Más adelante 1  No más 2 | 2⇨Siguiente  módulo |
| **DB3**. ¿Cuánto más tiempo quería usted esperar?  *Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.* | Meses 1\_\_ \_\_  Años ..2 \_\_ \_\_  No sabe 998 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| módulo de salud materna y del recién nacido MN | | | | |
| Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique. | | | | |
| **MN1**. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (*nombre*)? | Sí. 1  No 2 | | 2⇨MN5 | |
| **MN2**. ¿A quién consultó?  *Indague:*  ¿Alguna otra persona?  *Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.* | Profesional de la salud: Médico A Enfermera/comadrona B ***Comadrona auxiliar*** C  Otra persona  Partera tradicional F  Trabajadora de salud comunitaria … G    Otro *(especifique*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X | |  | |
| **MN2A**. ¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para este embarazo?  *Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.* | Weeks 1 \_\_ \_\_  Months 2 0 \_\_  No sabe 998 | |  | |
| **MN3**. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo?  *Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.* | Número de veces \_\_ \_\_  No sabe 98 | |  | |
| **MN4**. Como parte de su chequeo prenatal, ¿se realizaron las siguientes pruebas, al menos una vez?:  [A] ¿Le tomaron la presión arterial?  [B] ¿Le tomaron una muestra de orina?  [C] ¿Le tomaron una muestra de sangre? | Sí No  Presión arterial 1 2  Muestra de orina 1 2  Muestra de sangre 1 2 | |  | |
| **MN5**. ¿Tiene usted alguna tarjeta u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?  ¿Puedo verlo, por favor?  Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas. | Sí (vio la tarjeta) 1  Sí (no vio la tarjeta) 2  No 3  No sabe 8 | | |  |
| **MN6**. Cuando estaba embarazada de (*nombre*), ¿recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebe le diera tétano, es decir, convulsiones después de nacer? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | 2⇨MN9  8⇨MN9 | |
| **MN7**. ¿Cuántas veces recibió la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (*nombre*)? | Número de veces \_\_  No sabe 8 | | 8⇨MN9 | |
| **MN8**. ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?  **🞎** Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo⇨ Vaya a MN12  **🞎** Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇨ Continúe con MN9 | | | | |
| **MN9**. ¿Recibió alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (*nombre*), sea para protegerla a usted o a otro niño/a? | Sí. 1  No.................................................................2  No sabe………………………. ……………….8 | | 2⇨MN12  8⇨MN12 | |
| **MN10**. ¿Cuántas veces recibió una inyección antitetánica antes de estar embarazada de (*nombre*)?  Si fueron 7 o más veces, anote ‘7’. | Cantidad de veces \_\_  No sabe 8 | | | 8⇨MN12 |
| **MN11**. ¿Cuántos años hace que recibió la última inyección antitetánica antes de estar embarazada de (*nombre*)?  *Si fue menos de 1 año, anote ‘00’.* | Hace (años) \_\_ \_\_ | | |  |
| **MN12**. Verifique MN1 respecto de la existencia de cuidados prenatales durante este embarazo:  🞎 Sí, recibió cuidados prenatales.⇨ Continúe con MN13  🞎 *No recibió cuidados prenatales* ⇨ *Vaya a MN17* | | | | |
| **MN13**. Durante alguna de sus visitas prenatales para el embarazo de (*nombre)*, ¿tomó alguna medicación para prevenir que usted contrajera la malaria? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | 2⇨MN17  8⇨MN17 | |
| **MN14**. ¿Qué medicación tomó para prevenir la malaria?  *Circule todas las medicaciones que se hayan tomado. Si no se determina el tipo de medicación, muestre a la entrevistada la medicación típica contra la malaria.* | SP/Fansidar A  Cloroquina B  Otra (especifique) X  No sabe Z | | |  |
| **MN15**. Verifique MN14 con respecto a la medicación tomada:  🞎 Tomó SP/Fansidar.⇨ Continúe con MN16  🞎 No tomó SP/Fansidar.⇨ Vaya a MN17 | | | | |
| **MN16**. Durante su embarazo de (*nombre)*, ¿cuántas veces tomó SP/Fansidar en total?  por favor incluya todas las veces que tomó, tanto durante las visitas prenatales, durante las visitas a centros de salud o de otras fuentes? | Número de veces \_\_ \_\_  No sabe 98 | | |  |
| **MN17**. ¿Quién la asistió en el parto de (*nombre*)?  *Indague:* ¿Alguien más?  Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.  Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto. | Profesional de la salud: Médico A Enfermera/comadrona B ***Comadrona auxiliar*** C  Otra persona  Partera tradicional F  Trabajadora de salud comunitaria… G  Pariente/amiga/o H  Otro (especifique) X  Nadie Y | |  | |
| **MN18**. ¿Dónde dio a luz a (nombre)?  Indague para identificar el tipo de fuente.  Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.    (Nombre del lugar) | | Hogar  Casa de la entrevistada 11  Otra casa 12  Sector público  Hospital del gobierno 21  Clínica del gobierno/centro de salud 22  Puesto de salud del gobierno 23  Otra institución pública  (especifique) 26  Sector Médico Privado  Hospital privado 31  Clínica privada 32  Casa privada de maternidad 33  Otro centro médico privado  (especifique) 36  Otro (especifique) 96 | | 11⇨MN20  12⇨MN20  96⇨MN20 |
| **MN19**. ¿Nació (nombre) por cesárea?  Es decir, ¿se cortó su barriga para  sacar al bebé? | | Sí. 1  No 2 | |  |
| **MN19A.** ¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea?  ¿Fue antes o después de que empezaran los dolores del trabajo de parto? | | Antes…………………………………………..1  Después……………………………………….2 | |  |
| **MN20**. Cuando nació (*nombre*), ¿era él/ella muy grande, más grande que el promedio, tamaño promedio, más pequeño que el promedio o muy pequeño? | | Muy grande 1  Más grande que el promedio 2  Tamaño promedio 3  Más pequeño que el promedio 4  Muy pequeño 5  No sabe 8 | |  |
| **MN21**. ¿Se pesó a (nombre) al nacer? | | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | | 2⇨MN23  8⇨MN23 |
| **MN22**. ¿Cuánto pesó (nombre)?  *Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible*. | | De la tarjeta 1 (kg) \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_  De memoria 2 (kg) \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_  No sabe 99998 | |  |
| **MN23**. ¿Volvió su período menstrual después del nacimiento de (nombre)? | | Sí 1  No 2 | |  |
| **MN24**. ¿Alguna vez le dio el pecho a (nombre)? | | Sí. 1  No. 2 | | 2⇨Siguiente módulo |
| **MN25**. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio pecho a (nombre) por primera vez?  *Si la respuesta es menos de 1 hora, anote ‘00’ horas.*  *Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.*  *En cualquier otro caso, anote días.* | | Inmediatamente 000  Horas 1 \_\_ \_\_  Días 2 \_\_ \_\_  NS/no recuerda 998 | |  |
| **MN26**. Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (*nombre*) que no fuera leche materna? | | Sí. 1  No 2 | | 2⇨Siguiente  módulo |
| **MN27**. ¿Qué se le dio a (*nombre*) de tomar?  Indague:  ¿Algo más? | | Leche (que no sea leche materna) A  Agua sola B  Agua con azúcar o con glucosa C  Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés D  Solución de agua con azúcar y sal E  Jugo de frutas F  Fórmula para bebés G  Té/infusiones H  Miel I  Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Controles DE SALUD POST-NATAL pn | | |
| Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique. | | |
| **PN1**. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en un centro de salud?    **🞎** Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-26 o 31-36) ⇨ Continúe con PN2  **🞎** No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN6 | | |
| **PN2**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de lo que sucedió durante las horas y días después del nacimiento de (*nombre).*  Usted dijo que dio a luz en (*nombre o tipo de centro en MN18*). ¿Cuánto tiempo permaneció allí después del parto?  *Si es menos de un día, registre las horas.*  *Si es menos de una semana, registre los días.*  *De lo contrario, registre las semanas.* | Horas 1 \_\_ \_\_  Días 2 \_\_ \_\_  Semanas 3 \_\_ \_\_  NS/ no recuerdo 998 |  |
| **PN3**. Me gustaría hablarle acerca de las evaluaciones de salud de (*nombre*) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (*nombre*) para revisar el cordón o ver si (*nombre*) estaba bien.  Antes de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en MN18*), ¿ evaluó alguien la condición de salud de (*nombre*)? | Sí. 1  No 2 |  |
| **PN4**. ¿Y han evaluado su condición de salud – es decir, alguien ha evaluado su condición de salud, por ejemplo: al hacerle preguntas acerca de su condición de salud o la han examinado?  ¿Alguien examinó las condiciones de su salud antes de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en MN18*)? | Sí... 1  No 2 |  |
| **PN5**. Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que paso después de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en MN18*).  ¿Alguien examinó las condiciones de salud de (*nombre*) después de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en MN18*)? | Sí.... 1  No 2 | 1⇨PN11  2⇨PN16 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PN6**. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?  **🞎**  Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un trabajador/a de salud  (MN17=A-G) ⇨ Continúe con PN7  **🞎**  No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u otro trabajador/a de salud  (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN10 | | | |
| **PN7**. Usted ya ha dicho que (*persona o personas en MN17*) la asistió durante el parto. Ahora me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (*nombre*) después del parto – por ejemplo, alguien ha examinado a (*nombre*), revisado el cordón, o ha visto si (*nombre*) estaba bien.  Tras el parto y antes de que (*persona o personas en MN17*) se marchara, ¿(*persona o personas en MN17*) chequeó la salud de (*nombre*)? | Sí.... 1  No 2 |  | |
| **PN8**. ¿Y (*persona o personas en MN17*) chequeó su salud antes de que se marchara?  Cuando digo revisar/examinar su condición de salud, me refiero a evaluar su condición de salud; por ejemplo, haciéndole preguntas acerca de su salud o examinándola. | Sí.... 1  No 2 |  | |
| **PN9**. Después de que (*persona o personas en MN17*) se marchara, ¿chequeó alguien la salud de (*nombre*)? | Sí.... 1  No 2 | 1⇨PN11  2⇨PN18 | |
| **PN10**. Me gustaría hablarle de los controles de salud de (*nombre*) después del parto – alguien que examinara a (*nombre*), chequeara el cordón umbilical, o viera si el bebé se encontraba bien.  Tras el nacimiento de (*nombre*) ¿chequeó alguien la salud de él/ella? | Sí.... 1  No 2 | 2⇨PN19 | |
| **PN11**. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez? | Una vez...... 1  Más de una vez............... 2 | 1⇨PN12A  2⇨PN12B | |
| **PN12A**. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?  **PN12B**. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas evaluaciones?  *Si es menos de un día, registre las horas.*  *Si es menos de una semana, registre los días.*  *De lo contrario, registre las semanas.* | Horas 1 \_\_ \_\_  Días 2 \_\_ \_\_  Semanas 3 \_\_ \_\_  NS/no recuerda 998 |  | |
| **PN13**. ¿Quién chequeó la salud de (*nombre*) en aquel momento? | Profesional de la salud:  Doctor.................................................... A  Enfermera/ comadrona.......................... B  ***Comadrona auxiliar*** C  Otra persona  Partera tradicional F  Trabajadora de salud comunitaria G  Pariente/amigo/a.................................... H  Otro/a (*especifique*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X |  | |
| **PN14**. ¿Dónde se realizó este chequeo?  Indague para identificar el tipo de fuente.  Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.    (Nombre del sitio) | Hogar  Hogar de la entrevistada 11  Otro hogar 12  Sector público  Hospital del gobierno 21  Clínica del gob./centro de salud 22  Puesto gubernamental de salud 23  Otra institución pública  (*especifique*) 26  Sector Médico Privado  Hospital Privado 31  Clínica privada 32  Casa privada de maternidad 33  Otro centro médico  privado (*especifique*) 36  Otro sitio (*especifique*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96 |  | |
| **PN15**. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en un centro de salud?  **🞎** Sí, el niño/a nació en un centro de salud (MN18=21-26 o 31-36) ⇨ Continúe con PN16  **🞎** No, el niño/a no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN17 | | | |
| **PN16**. Después de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en MN18*), ¿chequeó alguien su salud? | Sí...... 1  No 2 | 1⇨PN20  2⇨Siguiente módulo | |
| **PN17**. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?  **🞎**  Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de salud  (MN17=A-G) ⇨ Continúe con PN18  **🞎**  No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional u otro trabajador/a de  salud  (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN19 | | | |
| **PN18**. ¿Después de que terminara el parto y que se fuera (*persona o personas en MN17*), alguien examinó su salud? | Sí... 1  No 2 | 1⇨PN20  2⇨Siguiente módulo | |
| **PN19**. Después del nacimiento de (*nombre*), ¿chequeó alguien la salud de usted?  Me refiero a alguien que evaluara su salud, por ejemplo, haciéndole preguntas sobre su salud o examinándola. | Sí... 1  No 2 | 2⇨Siguiente módulo | |
| **PN20**. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez? | Una vez..... 1  Más de una vez 2 | 1⇨PN21A  2⇨PN21B | |
| **PN21A**. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?  **PN21B**. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas evaluaciones?    *Si es menos de un día, registre las horas.*  *Si es menos de una semana, registre los días.*  *De lo contrario, registre las semanas.* | Horas 1 \_\_ \_\_  Días 2 \_\_ \_\_  Semanas 3 \_\_ \_\_  NS/no recuerda 998 |  | |
| **PN22**. ¿Quién chequeó su salud en aquel momento? | Profesional de la salud:  Doctor.................................................... A  Enfermera/Comadrona.......................... B  ***Comadrona auxiliar*** C  Otra persona  Partera tradicional F  Trabajadora de salud comunitaria G  Pariente/amigo/a.................................... H  Otro/a (*especifique*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X |  | |
| **PN23**. ¿Dónde se realizó este control?  Indague para identificar el tipo de fuente.  Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.    (Nombre del sitio) | Hogar  Hogar de la entrevistada 11  Otro hogar 12  Sector público  Hospital del gobierno 21  Clínica del gob./centro de salud 22  Puesto gubernamental de salud 23  Otra institución pública  (*especifique*) 26  Sector Médico Privado  Hospital Privado 31  Clínica privada 32  Casa privada de maternidad 33  Otro centro médico  privado (*especifique*) 36  Otro sitio (*especifique*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 96 |  | |
| síntomas de enfermedad IS | | |
| **IS1**. *Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15*  ¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?    **🞎** Sí ⇨ Continúe con IS2.  **🞎** No ⇨ Vaya al siguiente módulo. | | |
| **IS2**. Algunas veces, los niños/as tienen enfermedades severas y deben ser llevados inmediatamente a un centro de salud.  ¿Qué tipos de síntomas harían que usted lleve a un niño menor de 5 años a un centro de salud inmediatamente?  Indague:  ¿Algún otro síntoma?  Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.  Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias | El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado A  El niño/a empeora B  El niño/a comienza a tener fiebre C  El niño/a tiene respiración rápida D  El niño/a tiene dificultades para respirar E  El niño/a tiene sangre en las heces F  El niño/a ingiere poco líquido G  Otro (especifique) X  Otro (especifique) Y  Otro (especifique) Z |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| anticoncepcion CP | | |
| **CP1**. Me gustaría hablar con usted de otro tema: planificación familiar.    ¿Está usted embarazada ahora? | Sí, actualmente embarazada 1  No 2  No está segura o no sabe 8 | 1⇨CP2A |
| **CP2**. Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo.  ¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo? | Sí. 1  No 2 | 1⇨CP3 |
| **CP2A**.¿Alguna vez ha hecho algo o utilizado algún método para demorar o evitar un embarazo? | Yes 1  No 2 | 1⇨Siguiente módulo  2⇨Siguiente módulo |
| **CP3**. ¿Qué está haciendo usted ahora para demorar o evitar un embarazo?  No induzca una respuesta.  Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo. | Esterilización femenina A  Esterilización masculina B  DIU C  Inyecciones D  Implantes E  Píldoras F  Condón masculino G  Condón femenino H  Diafragma I  Jalea/Espuma J  ***Método de amenorrea por lactancia (MELA)*** K  Abstinencia periódica / Ritmo L  Retiro M  Otro (*especifique*) X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| necesidad no satisfecha UN | | | |
| **UN1**. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?*  **🞎** Sí, está embarazada actualmente ⇨ Continúe con UN2  **🞎** No, no está segura o no sabe ⇨ Vaya a UN5 | | | |
| **UN2**. Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando se quedó embarazada, ¿quería quedarse embarazada en ese momento? | Sí. 1  No 2 | | 1⇨UN4 |
| **UN3**. ¿Quería usted tener un hijo/a más tarde o no quería tener más hijos/as? | Más tarde. 1  No más 2 | |  |
| **UN4**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo/a que ahora está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo/a o preferiría no tener más hijos/as? | Tener otro hijo/a 1  No más/ninguno 2  No ha decidido/NS 8 | | 1⇨UN7  2⇨UN13  8⇨UN13 |
| **UN5**. *Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”?*  🞎 Sí. ⇨ Vaya a UN13    🞎 No. ⇨ Continúe con UN6 | | | |
| **UN6**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría tener (un/otro) hijo/a o preferiría no tener ningún (más) hijo/s? | | Tener (un/otro) hijo/a 1  No más/ninguno 2  Dice que no puede quedarse embarazada 3  No lo ha decidido/NS 8 | 2⇨UN9  3⇨UN11  8⇨UN9 |
| **UN7**. ¿Cuánto le gustaría esperar hasta el nacimiento de (un/otro) hijo/a?  *Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.* | | Meses 1 \_\_ \_\_  Años 2 \_\_ \_\_  No quiere esperar (pronto/ahora) 993  Dice que no puede quedar embarazada 994  Después del casamiento 995  Otro 996  NS 998 | 994⇨UN11 |
| **UN8**. *Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?*  🞎 Sí, está embarazada actualmente ⇨ Vaya a UN13    🞎 No, no está segura o no sabe ⇨ Continúe con UN9 | | | |
| **UN9**. *Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?*  🞎 Si ⇨ Vaya a UN13  🞎 *No ⇨ Continúe con UN10* | | | |
| **UN10**. ¿Cree que es físicamente capaz de quedarse embarazada? | Sí……………………………. 1  No....................................... 2  No sabe ....................................... 8 | | 1 ⇨UN13  8 ⇨UN13 |
| **UN11**. ¿Por qué cree que no es físicamente capaz de quedarse embarazada? | Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A  Menopausia B  Nunca menstruó C  Histerectomía (extirpación quirúrgica  del útero) D  Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados E  Amenorrea postparto F  Amamantamiento G  Demasiado mayor H  Fatalista I  Otro (especifique) X  NS Z | |  |
| **UN12**. *Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”?*  🞎 Mencionado. ⇨ Vaya al Siguiente módulo  🞎 No mencionado ⇨ Continúe con UN13 | | | |
| **UN13**. ¿Cuándo comenzó su último período menstrual?  Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada | Hace días 1 \_\_ \_\_  Hace semanas 2 \_\_ \_\_  Hace meses 3 \_\_ \_\_  Hace años 4 \_\_ \_\_  En la menopausia/se le ha realizado histerectomía 994  Antes del último nacimiento 995  Nunca menstruó 996 | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| módulo de mutilación genital femenina/ circuncisión FG | | |
| **FG1**. ¿Ha oído hablar sobre la circuncisión femenina? | Sí. 1  No 2 | 1⇨FG3 |
| **FG2**. En algunos países, existe una práctica en la que se le quitan parte de los genitales a una niña. ¿Ha oído hablar usted alguna vez sobre esta práctica? | Sí. 1  No 2 | 2⇨Siguiente  módulo |
| **FG3**. ¿Le han hecho a Ud. la circuncisión alguna vez? | Sí. 1  No 2 | 2⇨FG9 |
| **FG4**. Ahora me gustaría preguntarle qué le hicieron en ese momento.   ¿Se le quitó algo de carne del área genital? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 1⇨FG6 |
| **FG5**. ¿El área genital fue solo cortada sin que le quitaran algo de carne? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **FG6**. ¿Se cosió el área genital para cerrarla?  Si es necesario, indague:  ¿Se selló? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **FG7**. ¿Cuántos años tenía usted cuando se le hizo la circuncisión?  *Si la entrevistada no sabe la edad exacta, indague para obtener una edad aproximada* | Edad al momento de la circuncisión \_\_ \_\_  No sabe/no recuerda/no está segura 98 |  |
| **FG8**. ¿Quién practicó la circuncisión? | Profesional de la salud  Médico 11  Enfermera/comadrona 12  Otro profesional de la salud  (especifique) 16  Sujetos tradicionales  “Practicante de circuncisión”  tradicional.. 21  Partera tradicional 22  Otro tradicional  (especifique) 26  No sabe 98 |  |
| **FG9**. Verifique CM5 para el número de hijas en el  hogar y CM7 para el número de hijas en  otro lado y sume las respuestas aquí | Número total de hijas vivas *\_\_\_ \_\_\_* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FG10**. Para asegurarme de que he anotado correctamente, usted tiene (número total en FG9) hijas vivas.  ¿Correcto?  **🞎** Sí **🞎** Una o más hijas vivas ⇨ Continúe con FG11  **🞎** No tiene hijas vivas ⇨ Pase a FG22  **🞎** No ⇨ Verifique las respuesta a CM1–CM10 y realice las correcciones que sean necesarias, hasta FG10 = Sí | | |
| **FG11**. *Pregunte a la persona entrevistada que le diga el nombre de su hija/s, comenzando con la hija menor (si tiene más de una hija). Escriba el nombre de cada hija en FG12. Formule las preguntas FG13 a FG20 para cada hija a la vez.*  *El número total de hijas en FG12 debe ser igual al número en FG9*  *Si son más de 4 hijas, use cuestionarios adicionales* | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hija #1 | Hija #2 | Hija #3 | Hija #4 |
| **FG12**. *Nombre de la hija* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FG13**. ¿Cuántos años tiene (*nombre)*? | Edad \_\_\_ \_\_\_ | Edad \_\_\_ \_\_\_ | Edad \_\_\_ \_\_\_ | Edad \_\_\_ \_\_\_ |
| **FG14**. ¿*Es (*nombre*) menor de 15 años?* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* |
| **FG15**. ¿Está (nombre) circuncidada? | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | Sí 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* |
| **FG16**. ¿Cuántos años tenía (nombre) cuando se le realizó esto?  *Si la entrevistada no sabe la edad, indague para obtener una edad aproximada.* | Edad \_\_\_ \_\_\_  No sabe 98 | Edad \_\_\_ \_\_\_  No sabe 98 | Edad \_\_\_ \_\_\_  No sabe 98 | Edad \_\_\_ \_\_\_  No sabe 98 |
| **FG17**. Ahora me gustaría preguntarle sobre qué le hicieron a (nombre) en ese momento.  ¿Se le quitó algo de carne del área genital? | Sí 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Sí 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Sí 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Sí 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 |
| **FG18**. ¿Se realizó sólo un corte en el área genital sin remover carne? | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 |
| **FG19**. ¿Se cosió el área genital para cerrarla?  Si es necesario, indague:  ¿Se selló? | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 | Sí 1  No 2  No sabe 8 |
| **FG20**. ¿Quién practicó la circuncisión? | Profesional de la salud  Médico ……….11  Enfermera / Comadrona …..12  Otro profesional de la salud (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16  Sujetos tradicionales  “Practicante de circuncisión” tradicional …….21  Partera  Tradicional…….22  Otro tradicional (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_26  No sabe 98 | Profesional de la salud  Médico ……….11  Enfermera / Comadrona …..12  Otro profesional de la salud (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16  Sujetos tradicionales  “Practicante de circuncisión” tradicional …….21  Partera  Tradicional…….22  Otro tradicional (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_26  No sabe 98 | Profesional de la salud  Médico ……….11  Enfermera / Comadrona …..12  Otro profesional de la salud (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16  Sujetos tradicionales  “Practicante de circuncisión” tradicional …….21  Partera  Tradicional…….22  Otro tradicional (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_26  No sabe 98 | Profesional de la salud  Médico ……….11  Enfermera / Comadrona …..12  Otro profesional de la salud (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_16  Sujetos tradicionales  “Practicante de circuncisión” tradicional …….21  Partera  Tradicional…….22  Otro tradicional (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_26  No sabe 98 |
| **FG21**. | *Regrese a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | *Regrese a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | *Regrese a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas, pase a FG22* | *Regrese a FG13 en la primera columna del formulario adicional para la siguiente hija. Si no tiene más hijas, pase a FG22* |
|  |  |  |  | *Marque aquí si se utiliza un formulario adicional*  **🞎** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FG22**. ¿Cree usted que esta práctica debería continuar o debería dejar de realizarse? | | Continuar 1  Dejar de realizarse 2  Depende 3  No sabe 8 | |  | | |
| actitud frente a la violencia doméstica DV | | | | |
| **DV1**. A veces, un esposo está molesto o se enoja por cosas que la esposa hace. En su opinión, ¿Se justifica que el esposo golpee a su esposa en las siguientes situaciones:  [A] ¿Si ella sale sin avisarle?  [B] ¿Si ella descuida a los niños/as?  [C] ¿Si ella discute con él?  [D] ¿Si ella se niega a mantener relaciones sexuales con él?  [E] ¿Si ella quema la comida?  [F] *Situación específica del país (añádalo en caso de que sea necesario)* | | Sí No NS  Sale sin avisarle 1 2 8  Descuida a los niños/as 1 2 8  Discute con él 1 2 8  Se niega a mantener relaciones sexuales………………………….1 2 8  Quema la comida……………….1 2 8  *Situación específica del país*.......1 2 8 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matrimonio/UNIÓN MA | | |
| **MA1**. ¿Está usted actualmente casada o viviendo con un hombre como si estuviera casada? | Sí, actualmente casada 1  Sí, viviendo con un hombre 2  No, no en unión 3 | 3⇨MA5 |
| **MA2**. ¿Cuánto años tiene su esposo/pareja?  *Indague:* ¿Cuántos años tenía su esposo/ pareja en su último cumpleaños (de él)? | Edad en años \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |
| **MA3**. Además de usted, ¿tiene su esposo/ pareja otras esposas o parejas o vive con otras mujeres como si estuviera casado? | Sí. 1  No 2 | 2⇨MA7 |
| **MA4**. ¿Cuántas otras esposas o parejas tiene él? | Número \_\_ \_\_  No sabe 98 | ⇨MA7  98⇨MA7 |
| **MA5**. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con un hombre como si estuviera casada? | Sí, casada en el pasado 1  Sí, vivió con un hombre en el pasado 2  No 3 | 3⇨Siguiente  módulo |
| **MA6**. ¿Cuál es su estado civil ahora: ¿es usted viuda, divorciada o separada? | Viuda 1  Divorciada 2  Separada 3 |  |
| **MA7**. ¿Ha estado usted casada o ha vivido con un hombre sólo una vez o más de una vez? | Sólo una vez 1  Más de una vez 2 | 1⇨MA8A  2⇨MA8B |
| **MA8A**. ¿En qué mes y qué año se casó usted o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?  **MA8B**. ¿En qué mes y qué año se casó usted por primera vez o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada? | Fecha del (primer) matrimonio  Mes \_\_ \_\_  No sabe en qué mes 98  Año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  No sabe en qué año 9998 | ⇨Siguiente  módulo |
| MA9. ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su (primer) esposo/ pareja? | Edad en años \_\_ \_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| comportamiento sexual SB | | |
| ***Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad.*** | | |
| **SB1**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre actividad sexual para poder tener una mejor comprensión de algunos temas importantes de la vida.    La información que usted brinde será tratada con total confidencialidad.  ¿Qué edad tenía usted cuando mantuvo relaciones sexuales por primera vez? | Nunca mantuvo relaciones sexuales 00  Edad en años \_\_ \_\_  Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja 95 | 00⇨Siguiente  módulo |
| **SB2**. ¿La primera vez que usted mantuvo relaciones sexuales se utilizó condón? | Sí. 1  No 2  No sabe/no recuerda 8 |  |
| **SB3**. ¿Cuándo fue la última vez que usted mantuvo relaciones sexuales?  *Guarde las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).*  *Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.* | Hace días 1 \_\_ \_\_  Hace semanas 2 \_\_ \_\_  Hace meses 3 \_\_ \_\_  Hace años 4 \_\_ \_\_ | 4⇨SB15 |
| **SB4**. ¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales se utilizó condón? | Sí. 1  No 2 |  |
| **SB5**. ¿Qué relación tenía usted con quien mantuvo relaciones sexuales la última vez?  Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.  Si es “novio”, pregunte:  ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  Si la respuesta es “sí”, circule “2”  Si la respuesta es “no”, circule “3” | Esposo 1  Pareja conviviente 2  Novio 3  Compañero casual 4  Otro (especifique) 6 | 3⇨SB7  4⇨SB7  6⇨SB7 |
| **SB6**. *Verifique MA1:*  **🞎** Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇨ Vaya a SB8  **🞎** No casada/no en una unión (MA1 = 3) ⇨ Continúe con SB7 | | |
| **SB7**. ¿Qué edad tiene esta persona?  Si la respuesta es “no sabe”, indague:  ¿Más o menos qué edad tiene esta persona? | Edad de la pareja sexual \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SB8**. ¿Ha mantenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses? | Sí. 1  No 2 | 2⇨SB15 |
| **SB9**. ¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales con esa persona se utilizó condón? | Sí. 1  No 2 |  |
| **SB10**. ¿Qué relación tenía con esa persona?  Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual  Si es el “novio”, pregunte:  ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  Si la respuesta es “sí”, circule “2”  Si la respuesta es “no”, circule “3” | Esposo 1  Compañero conviviente 2  Novio 3  Compañero casual 4  Otro (especifique) 6 | 3⇨SB12  4⇨SB12  6⇨SB12 |
| **SB11**. *Verifique MA1 y MA7:*  **🞎** Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2)  Y  Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) ⇨ Vaya a SB13  **🞎** Otro ⇨ Continúe con SB12 | | |
| **SB12**. ¿Qué edad tiene esa persona?  Si la respuesta es “no sabe”, indague:  ¿Más o menos qué edad tiene esta persona? | Edad del compañero sexual \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |
| **SB13**. Aparte de estas dos personas, ¿ha mantenido relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses? | Sí. 1  No 2 | 2⇨SB15 |
| **SB14**. En total, ¿con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses? | Cantidad de compañeros \_\_ \_\_ |  |
| **SB15**. En total, ¿con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales durante toda su vida?  Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.  Si la cantidad de compañeros es 95 o más, anote “95”. | Numero de compañeros en toda su vida \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIH/sida HA | | | |
| **HA1**. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más.  ¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada SIDA? | Sí. 1  No 2 | 2⇨Siguiente  módulo |
| **HA2**. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA teniendo solamente una pareja sexual que no tenga el sida ni que tenga otras parejas? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA3**. ¿pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA por brujería o por medios sobrenaturales? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA4**. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando condones cada vez que mantienen relaciones sexuales? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA5**. ¿pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA6**. ¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada con el virus del SIDA? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA7**. ¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 |  |
| **HA8**. ¿Puede el virus del SIDA ser transmitido de la madre al hijo:    [A] ¿Durante el embarazo?  [B] ¿Durante el parto?  [C] ¿Mientras está amamantando? | Sí No NS  Durante el embarazo 1 2 8  Durante el parto 1 2 8  Amamantando 1 2 8 |  |
| **HA9**. En su opinión, si una profesora tiene el virus del SIDA pero no está enferma, ¿se le debe permitir que continúe enseñando en la escuela? | Sí. 1  No 2  No sabe/no está segura/depende 8 |  |
| **HA10**. ¿Usted le compraría verduras frescas a un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene el virus del SIDA? | Sí. 1  No 2  No sabe/no está segura/depende 8 |  |
| **HA11**. Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿Querría Ud. que eso permaneciera en secreto? | Sí ………………………………………………1  No 2  No sabe/no está segura/depende 8 |  |
| **HA12**. Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿Estaría Ud. dispuesta a cuidar de él/ella en su casa? | Sí. 1  No 2  No sabe/no está segura/depende 8 |  |
| **HA13**. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años?  🞎 No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇨ Vaya a HA24.  🞎 Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇨ Continúe con HA14. | | |
| **HA14**. Verifique MN1: recibió chequeo prenatal  🞎 Recibió chequeo prenatal.⇨ Continúe con HA15  🞎 No recibió cuidados prenatales ⇨ Vaya a HA24 | | |
| **HA15**. ¿durante cualquier control prenatal a lo largo de su embarazo de (*nombre*),  ¿se le dio información sobre:  [A] bebés que se infectan del virus del SIDA de su madre?  [B] lo que usted puede hacer para evitar contagiarse con el virus del SIDA?  [C] hacerse una prueba del virus del SIDA?  ¿Se le:  [D] ofreció hacerle una prueba para el virus del SIDA? | Sí No No sabe  SIDA de la madre…………1 2 8  Cosas que hacer…………..1 2 8  Hacerse la prueba  del SIDA……………..1 2 8  Se le ofreció una prueba….1 2 8 |  |
| **HA16**. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el virus del SIDA como parte de sus cuidados prenatales? | Sí .................................................................1  No 2  No sabe 8 | 2⇨HA19  8⇨HA19 |
| **HA17**. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨HA22  8⇨HA22 |
| **HA18**. Independientemente del resultado, todas las mujeres a quienes se les realiza esa prueba deberían recibir asesoramiento después de obtener el resultado.    ¿Recibió usted asesoramiento después de la prueba? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 1⇨HA22  2⇨HA22  8⇨HA22 |
| **HA19**. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)?  **🞎** Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇨ Continúe con HA20  **🞎**  No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇨ Vaya a HA24 | | |
| **HA20**. No quiero saber los resultados, pero ¿se le realizó alguna prueba para detectar el virus del SIDA entre el momento de su llegada para el parto y antes de que naciera el bebé? | Sí ..................................................................1  No 2 | 2⇨HA24 |
| **HA21**. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de la prueba? | Sí ..................................................................1  No 2 |  |
| **HA22**. ¿Le han hecho la prueba para detectar el virus del SIDA desde aquella vez en que se le realizó una prueba durante su embarazo? | Sí ..................................................................1  No 2 | 1⇨HA25 |
| **HA23**. ¿Cuándo fue la última vez que se le hizo la prueba para detectar el virus del SIDA? | Hace menos de 12 meses 1  12-23 meses atrás 2  Hace 2 o más años 3 | 1⇨Siguiente  módulo  2⇨Siguiente módulo  3⇨Siguiente  módulo |
| **HA24**. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna vez alguna prueba para saber si tiene el virus del SIDA? | Sí. 1  No 2 | 2⇨HA27 |
| **HA25**. ¿Cuándo fue la última vez que se le hizo esta prueba? | Hace menos de 12 meses 1  12-23 meses atrás 2  Hace 2 o más años 3 |  |
| **HA26**. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 1⇨Siguiente  módulo  2⇨Siguiente  módulo  8⇨Siguiente  módulo |
| **HA27**. ¿Conoce algún lugar al que la gente puede ir para que se le haga una prueba para detectar el virus del SIDA? | Sí ..................................................................1  No 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MORTALIDAD MATERNA mm | |
| **MM1**. Ahora me gustaría formularle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas; es decir, todos los niños/as nacidos de su madre natural. Por favor, incluya a todos los hermanos y hermanas que estén viviendo con usted, quienes vivan en cualquier otro lugar y quienes hayan fallecido. | |
| ¿A cuántos niños/as dio a luz su madre, incluida usted? | Número de nacimientos  de madre natural………………………………………….\_\_\_ \_\_\_ |
| **MM2**. *Verifique MM1.*  **🞎** *Dos o más nacimientos* ⇨ *Continúe con MM3*  **🞎** *Sólo un nacimiento (únicamente esta entrevistada)* ⇨ *Vaya al siguiente modulo* | |
| **MM3**. ¿Cuántos de estos nacimientos los tuvo su madre antes de que usted naciera? | Número de nacimientos anteriores……………………...\_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [S1]  El/la mayor | [S2]  Siguiente al/la mayor | [S3]  Siguiente al/la mayor | [S4]  Siguiente al/la mayor |
| **MM4**. ¿Qué nombre se le dio a su hermano/a más mayor (siguiente al/la mayor)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MM5**. ¿Es (*nombre*) hombre o mujer? | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 |
| **MM6**. ¿Está (*nombre*) vivo/a todavía? | Sí 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S2] | Sí 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S3] | Sí 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S4] | Sí 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S5] |
| **MM7**. ¿Qué edad tiene (*nombre*)? | \_\_\_ \_\_\_  ⇨ Vaya a [S2] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S3] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S4] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S5] |
| **MM8**. ¿Cuántos años hace que falleció (*nombre*)? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9**. ¿Qué edad tenía (*nombre)* cuando falleció? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9A**. *Verifique MM5 yMM9.*  *¿Es varón el hermano O falleció antes de cumplir 12 años?* | **🞎** *Sí.* ⇨   *Vaya a [S2]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Sí.* ⇨   *Vaya a [S3]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Sí..* ⇨   *Vaya a [S4]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Si.* ⇨   *Vaya a [S5]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* |
| **MM10**. ¿Estaba (*nombre*) embarazada cuando falleció? | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 |
| **MM11**. ¿Falleció (*nombre*) durante el parto? | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 |
| **MM12**. ¿Falleció (*nombre*) durante los dos meses siguientes al final de un embarazo o parto? | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 |
| **MM13**. ¿A cuántos niños/as vivos dio a luz (*nombre*) a lo largo de su vida’ | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| **MM14**. | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [S5]  El/la mayor | [S6]  Siguiente al/la mayor | [S7]  Siguiente al/la mayor | [S8]  Siguiente al/la mayor |
| **MM4**. ¿Qué nombre se le dio a su hermano/a más mayor (siguiente al/la mayor)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MM5**. ¿Es (*nombre*) hombre o mujer? | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 | Hombre 1  Mujer 2 |
| **MM6**. ¿Está (*nombre*) vivo/a todavía? | Sí... 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S6] | Sí... 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S7] | Sí... 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S8] | Sí... 1  No 2  ⇨MM8  NS 8  ⇨[S9] |
| **MM7**. ¿Qué edad tiene (*nombre*)? | \_\_\_ \_\_\_  ⇨ Vaya a [S6] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S7] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S8] | \_\_\_ \_\_\_  Vaya a [S9] |
| **MM8**. ¿Cuántos años hace que falleció (*nombre*)? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9**. ¿Qué edad tenía (*nombre)* cuando falleció? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9A**. *Verifique MM5 yMM9.*  *¿Es varón el hermano O falleció antes de cumplir 12 años?* | **🞎** *Sí.* ⇨   *Vaya a [S6]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Sí.* ⇨   *Vaya a [S7]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Sí..* ⇨   *Vaya a [S8]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* | **🞎** *Si.* ⇨   *Vaya a [S9]*  **🞎** *No.* ⇨ *Continúe con MM10* |
| **MM10**. ¿Estaba (*nombre*) embarazada cuando falleció? | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 |
| **MM11**. ¿Falleció (*nombre*) durante el parto? | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 | Sí... 1  ⇨MM13  No 2 |
| **MM12**. ¿Falleció (*nombre*) durante los dos meses siguientes al final del embarazo o parto? | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 | Sí... 1  No 2 |
| **MM13**. ¿A cuántos niños/as vivos dio a luz (*nombre*) a lo largo de su vida? | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| **MM14**. | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* | *Si no hay más hermanos/as, vaya al siguiente modulo* |
|  |  |  |  | *Marque aquí si se utiliza un cuestionario adicional* **🞎** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL TA | | |
| **TA1**. ¿Alguna vez ha probado fumar cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas? | Sí. 1  No 2 | 2⇨TA6 |
| **TA2**. ¿Cuántos años tenía usted cuando fumó un cigarrillo entero por primera vez? | Nunca fumó un cigarrillo entero 00  Edad \_\_\_ \_\_\_ | 00⇨TA6 |
| **TA3**. ¿Fuma cigarrillos actualmente? | Sí. 1  No 2 | 2⇨TA6 |
| **TA4**. En las últimas 24 horas, ¿cuántos cigarrillos fumó? | Número de cigarrillos \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **TA5**. En el último mes, ¿cuántos días fumó cigarrillos?  *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.*  *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”.*  *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”* | Número de días 0 \_\_\_  10 días o más pero menos de un mes 10  Todos los días/casi todos los días 30 |  |
| **TA6**. ¿Ha probado alguna vez algún otro producto con tabaco fumable que no sean cigarrillos, como, por ejemplo, cigarros, pipa de agua o pipa? | Sí. 1  No 2 | 2⇨TA10 |
| **TA7**. Durante el último mes, ¿consumió algún producto con tabaco fumable? | Sí. 1  No 2 | 2⇨TA10 |
| **TA8**. ¿Qué clase de producto con tabaco fumable consumió o fumó durante el último mes?  *Circule todos los productos mencionados.* | Cigarros A  Pipa de agua B  Cigarrillos C  Pipa D  Otros (*especifique*) X |  |
| **TA9**. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió productos con tabaco fumable?  *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.*  *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”.*  *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”* | Número de días 0 \_\_\_  10 días o más pero menos de un mes 10  Todos los días/casi todos los días 30 |  |
| **TA10**. ¿Alguna vez probó algún producto con tabaco no fumable/sin humo, como tabaco de mascar, rapé seco o húmedo? | Sí. 1  No 2 | 2 ⇨TA14 |
| **TA11**. En el último mes, ¿consumió algún producto con tabaco no fumable/sin humo? | Sí. 1  No 2 | 2 ⇨TA14 |
| **TA12**. ¿Qué clase de producto con tabaco no fumable/sin humo consumió durante el último mes?  *Circule todos los productos mencionados.* | Tabaco de mascar A  Rapé seco B  Rapé húmedo C  Otros (*especifique*) X |  |
| **TA13**. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió productos con tabaco no fumable/ sin humo?  *Si son menos de 10 días, anote la cantidad de días.*  *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”.*  *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”* | Número de días 0 \_\_\_  10 días o más pero menos de un mes 10  Todos los días/casi todos los días 30 |  |
| **TA14**. Me gustaría ahora hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol.  ¿Ha consumido alcohol alguna vez? | Sí. 1  No 2 | 2⇨Siguiente módulo |
| **TA15**. Consideramos un trago de alcohol como una lata o botella de cerveza, un vaso de vino o un shot/chupito de coñac, vodka, whiskey o ron.  ¿Qué edad tenía cuando tomó su primer trago entero de alcohol más allá de unos pocos sorbos? | Nunca tomó un trago de alcohol 00  Edad \_\_\_ \_\_\_ | 00⇨Siguiente módulo |
| **TA16**. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió por lo menos un trago de alcohol?  *Si la entrevistada no tomó ninguno, circule “00”.*  *Si son menos de 10 días anote la cantidad de días.*  *Si son 10 días o más pero menos de un mes, circule “10”.*  *Si responde “todos los días” o “casi todos los días”, circule “30”* | No tomó un trago de alcohol en el último mes 00  Número de días 0 \_\_\_  10 días o más pero menos de un mes 10  Todos los días / casi todos los días 30 | 00⇨Siguiente  módulo |
| **TA17**. En el último mes, en los días que tomó alcohol, ¿ por lo general cuántos tragos tomó por día? | Número de tragos \_\_\_ \_\_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIVEL DE Satisfacción con la vida ls** | | |
| **LS1**. *Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15a 24 años?*  🞎  *Edad de 25 a 49 ⇨ Vaya a WM11*  🞎 *Edad de 15 a 24 ⇨ Continúe* *con LS2* | | |
| **LS2**. Me gustaría hacerle ahora algunas preguntas sencillas sobre su felicidad y satisfacción.  Primero, considerando todos aspectos de su vida, ¿diría usted que es muy feliz o algo feliz, ni feliz ni infeliz, o un poco infeliz o muy infeliz?    También puede mirar estas imágenes para ayudarla con su respuesta.  *Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquele el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.* | Muy feliz 1  Algo feliz 2  Ni feliz ni infeliz 3  Un poco infeliz 4  Muy infeliz 5 |  |
| **LS3**. Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre su nivel de satisfacción en diversas áreas.  En cada caso, hay cinco posibilidades: Dígame, para cada pregunta, si usted está muy satisfecha, algo satisfecha, ni satisfecha ni insatisfecha, un poco insatisfecha o muy insatisfecha.    También puede mirar estas imágenes para ayudarla con su respuesta.  *Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquele el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.*  ¿Cuán satisfecha está usted con su vida familiar? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS4**. ¿Cuán satisfecha está con sus amistades? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS5**. Durante el año escolar ***actual / 2013-2014***, ¿asistió a la escuela en algún momento? | Sí. 1  No 2 | 2⇨LS7 |
| **LS6**. ¿Cuán satisfecha está con su escuela? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS7**. ¿Cuán satisfecha está con su empleo actual?  *Si responde que no tiene ningún empleo, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.* | No tiene empleo 0  Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS8**. ¿Cuán satisfecha está con su salud? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS9**. ¿Cuán satisfecha está con el lugar donde vive?  *En caso de que sea necesario, explíquele que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.* | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS10**. ¿Cuán satisfecha, en general, está con cómo le trata la gente a su alrededor? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS11**. ¿Cuán satisfecha está con su apariencia? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS12**. ¿Cuán satisfecha está con su vida, en general? | Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS13**. ¿Cuán satisfecha está con sus ingresos actuales?  *Si responde que no tiene ingresos, circule “0” y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener ingresos, a menos que se lo mencione ella misma.* | No tiene ingresos 0  Muy satisfecha 1  Algo satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| **LS14**. ¿Comparado con este mismo momento del año pasado, ¿diría usted que su vida en general ha mejorado, mantenido más o menos igual o empeorado? | Mejorado 1  Mantenido más o menos igual 2  Empeorado 3 |  |
| **LS15**. ¿Y en un año, cree usted que la vida será mejor, más o menos igual o peor? | Mejor 1  Más o menos igual 2  Peor 3 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WM11**. *Anote la hora*. | Hora y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **WM12**. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15.  ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?  **🞎** Sí ⇨ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.  **🞎** No⇨ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada. | |
| **Observaciones de la Entrevistadora** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Editor de Campo** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del Supervisor** |
|  |

**Tarjeta de Respuesta:**

**Lado 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy**  **feliz** | **Algo**  **feliz** | **Ni feliz**  **ni infeliz** | **Un poco**  **infeliz** | **Muy**  **infeliz** |
| **Description: C:\Documents and Settings\ahancioglu\Desktop\smiley emotions.jpg** | | | | |

**Lado 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy**  **satisfecha** | **Algo**  **satisfecha** | **Ni satisfecha**  **ni insatisfecha** | **Un poco**  **insatisfecha** | **Muy**  **insatisfecha** |
| **Description: C:\Documents and Settings\ahancioglu\Desktop\smiley emotions.jpg** | | | | |