|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | cuestionario de mujeres individualesNombre y año de la encuesta |  |

|  |
| --- |
| panel de información de la mujer WM |
| **WM1**. *Número de conglomerado:* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **WM2**. *Número de hogar:* \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM3**. *Nombre y número de línea de la mujer:* Nombre \_\_\_ \_\_\_ | **WM4**. *Nombre y número del supervisor/a:*Nombre \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **WM5**. *Nombre y número de la entrevistadora:*Nombre \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **WM6**. *Día / Mes / Año de la entrevista:* \_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / \_2\_ \_0\_ \_1\_ \_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| *Verifique la edad de la mujer en HL6 en el Listado de miembros del hogar, Cuestionario de hogar: Si tiene entre 15 y 17 años de edad, compruebe en HH33 que se obtenga el consentimiento de un adulto para la entrevista o que no sea necesario, (HL20=90). Si es necesario el consentimiento y no se obtiene, no se comenzará la entrevista y se registrará ‘06’ en WM17.*  | **WM7**. *Registre la hora:* |
| Horas | : Minutos |
| \_\_ \_\_ | : \_\_ \_\_ |
| **WM8**. Verifique los cuestionarios completados en este hogar: ¿Usted u otro miembro de su equipo ya había entrevistado a esta encuestada para otro cuestionario? | sí, ya entrevistada 1NO, primera entrevista 2 | 1*⇨WM9B*2*⇨WM9A* |
| **WM9A**. Hola, me llamo (***su nombre***). Somos de la Oficina Nacional de Estadística. Estamos trabajando en una encuesta sobre la situación de los niños/as, familias y hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de su salud y otros temas. La entrevista durará aproximadamente número de minutos. También estamos entrevistando a madres sobre sus hijos/as. Toda la información que obtengamos se mantendrá estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta, o desea detener la entrevista, por favor, hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora? | **WM9B**. Ahora, me gustaría hablarle sobre su salud y otros temas con más detalle. Esta entrevista durará aproximadamente número de minutos. De nuevo, toda información que obtengamos será estrictamente confidencial y anónima. Si no desea responder a alguna pregunta o desea detener la entrevista, por favor, hágamelo saber. ¿Puedo comenzar ahora? |
| sí 1No / No se pregunta 2  | 1*⇨Módulo de ANTECEDENTES DE LA MUJER*2*⇨*WM17 |

|  |  |
| --- | --- |
| **WM17**. *Resultado de la entrevista de la mujer.*  Comente con su supervisor cualquier resultado no completado. | CompletAda 01AUSENTE 02ReCHAZO 03completAdA PARCIALMENTE 04IncapacitaDA (*especifique*) 05no hay consentimiento de adulto para ENTREVISTADA de 15 a 17 años de edad………..06OtRO (*especifique*) 96 |

|  |
| --- |
| antecedentes de la mujer WB |
| **WB1**. Verifique el número de línea de la entrevistada (WM3) en EL PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y la persona encuestada en el CUESTIONARIO DE HOGAR (HH47): | WM3=HH47 1WM3≠HH47 2 | 2*⇨WB3* |
| **WB2**. Verifique ED5 en el Módulo de EDUCACIÓN en el CUESTIONARIO DE HOGAR para esta entrevistada: Nivel de estudios más alto al que ha asistido: | ED5=2, 3 ó 4 1ED5=0, 1, 8 ó en blanco 2 | 1*⇨WB15*2*⇨WB14* |
| **WB3**. ¿En qué mes y año nació usted? | fecha de nacimientoMes \_\_ \_\_ ns mes 98 año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ns año 9998 |  |
| **WB4**. ¿Cuántos años cumplidos tiene? *Indague*: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños? *Si las respuestas a WB3 y WB4 son inconsistentes, verifique la información y corrija. Deberá anotarse la edad.* | edad (en años cumplidos) \_\_ \_\_ |  |
| **WB5**. ¿Asistió alguna vez a la escuela o a algún programa de educación para la primera infancia? | sí 1No 2 | 2*⇨WB14* |
| **WB6**. ¿Cuál es el nivel y grado o año de estudios más alto al que ha asistido usted? | EDUCACIÓN PARA LA PRIMERA INFANCIA 000Primaria **1** \_\_ \_\_secundaria BAJA **2** \_\_ \_\_secundaria ALTA **3** \_\_ \_\_superior **4** \_\_ \_\_ | 000*⇨WB14* |
| **WB7**. ¿Usted completó ese (grado/año)? | sí 1No 2 |  |
| **WB8**. Verifique WB4: Edad de la entrevistada: | edad 15-24 1edad 25-49 2 | 2*⇨WB13* |
| **WB9**. En algún momento durante el año lectivo actual, ¿asistió usted a la escuela? | sí 1No 2 | 2*⇨WB11* |
| **WB10**. Durante el año lectivo actual, ¿a qué nivel y grado o año está usted asistiendo? | Primaria **1** \_\_ \_\_secundaria BAJA **2** \_\_ \_\_secundaria ALTA **3** \_\_ \_\_superior **4** \_\_ \_\_ |  |
| **WB11**. En algún momento durante el año lectivo anterior, ¿asistió usted a la escuela? | sí 1No 2 | 2*⇨WB13* |
| **WB12**. Durante ese año lectivo anterior, ¿a qué nivel y grado o año asistió usted? | Primaria **1** \_\_ \_\_secundaria baja **2** \_\_ \_\_secundaria alta **3** \_\_ \_\_superior **4** \_\_ \_\_ |  |
| **WB13**. Verifique WB6: Nivel de estudios más alto al que ha asistido | WB6=2, 3 Ó 4 1WB6=1 2 | 1*⇨WB15* |
| **WB14**. 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 1Puede leer sólo partes de la frase 2Puede leer la frase completa 3La frase no estaba en el idioma requerido/Braille  (*especifique idioma*) 4 |  |
| **WB15**. ¿Cuánto tiempo ha estado viviendo continuamente en (*nombre de la ciudad, pueblo o aldea de residencia*)?*Si es menos de un año, registre ‘00’ años.* | años \_\_ \_\_siempre / desde nacimiento 95 | 95*⇨WB18* |
| **WB16**. ¿Justo antes de mudarse aquí, usted vivió en una ciudad, en un pueblo o en un área rural?*Indague para identificar el tipo de lugar.**Si no logra determinar si el lugar es una ciudad, un pueblo, o un área rural, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente ‘9’ hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta.* *(Nombre del lugar)* | Ciudad 1pueblo 2ÁREA Rural 3 |  |
| **WB17**. ¿Antes de mudarse aquí, en qué región vivió usted? | Región 1 01Región 2 02Región 3 03Región 4 04Región 5 05fuera del país (especifique) 96 |  |
| **WB18**. ¿Está usted cubierta por algún seguro médico? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **WB19**. ¿Por qué tipo de seguro médico está usted cubierta?Marque todos los tipos de seguro mencionados. | mutualidad de salud/ seguro médico comunitario ASEGURO médico A TRAVÉS DEL EMPLEADOR Bseguridad social COtro seguro médico comercial adquirido de manera privada DOtro (especifique) X |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Acceso a los medios de comunicación y uso de tecnologías de información/comunicación | MT |
| **MT1**. ¿Lee usted un periódico o revista al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 |  |
| **MT2**. ¿Escucha la radio al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 |  |
| **MT3**. ¿Ve la televisión al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? *Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 |  |
| **MT4**. ¿Ha usado usted alguna vez una computadora o una tableta desde cualquier lugar? | sí 1No 2 | 2*⇨MT9* |
| **MT5**. Durante los últimos tres meses, ¿usó una computadora o tableta al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca? *Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 | 0*⇨MT9* |
| **MT6**. Durante los últimos 3 meses, usted:[A] ¿Copió o movió un archivo o una carpeta?[B] ¿Utilizó una herramienta de copiar y pegar para duplicar o mover información dentro de un documento?[C] ¿Envió un correo electrónico con un archivo adjunto, como un documento, una imagen o un video?[D] ¿Utilizó una fórmula aritmética básica en una hoja de cálculo?[E] ¿Conectó e instaló un nuevo dispositivo, como un módem, una cámara o una impresora?[F] ¿Buscó, descargó, instaló y configuró software?[G] ¿Creó una presentación electrónica con software para presentaciones, incluyendo texto, imágenes, sonido, video o gráficos?[H] ¿Transfirió un archivo entre un ordenador/computadora y otro dispositivo?[I] ¿Escribió un programa de computadora en cualquier lenguaje de programación? |  sí NoCopió o movió un archivo 1 2Usó copiado/pegado en documento 1 2Envió un correo electrónico con un archivo adjunto 1 2Utilizó una fórmula aritmética básica en una hoja de cálculo 1 2Conectó dispositivo 1 2Instaló software 1 2Creó presentación 1 2Transfirió archivo 1 2Programó 1 2 |  |
| **MT7**. Verifique MT6[C]: ¿Se registró ‘Sí’? | sí, MT6[C]=1 1No, MT6[C]=2 2 | 1*⇨MT10* |
| **MT8**. Verifique MT6[F]: ¿Se registró ‘Sí’? | sí, MT6[F]=1 1No, MT6[F]=2 2 | 1*⇨MT10* |
| **MT9**. ¿Alguna vez usó internet desde cualquier lugar y en cualquier dispositivo? | sí 1No 2 | 2*⇨MT11* |
| **MT10**. Durante los últimos 3 meses, ¿usó internet al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 |  |
| **MT11**. ¿Tiene un teléfono celular? | sí 1No 2 |  |
| **MT12**. Durante los últimos 3 meses, ¿usó un teléfono celular al menos una vez por semana, menos de una vez por semana o nunca?*Indague si es necesario:* Me refiero a si se ha comunicado con alguien utilizando un celular.*Si es ‘Al menos una vez por semana’, indague:* ¿Diría usted que esto sucede casi todos los días?*Si es ‘Sí’, registre 3, si es ‘No’, registre 2.* | Nunca 0Menos de una vez por semana ………….1Al menos una vez por semana ………….2Casi todos los días …………………………3 |  |
| FECUNDIDAD/historial de nacimientos 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? *En este módulo y en el historial de nacimientos deberá incluir sólo a los niños/as nacidos vivos. Los mortinatos no se deberán incluir en ninguna de las preguntas.* | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM8* |
| **CM2**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quien haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted? | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM5* |
| **CM3**. ¿Cuántos hijos varones viven ahora con usted? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | hijos varones viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM4**. ¿Cuántas hijas viven ahora con usted? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | hijas viviendo en casa \_\_ \_\_ |  |
| **CM5**. ¿Tiene usted algún hijo/s o hija/s a quien haya dado a luz y viva, pero que no viven con usted? | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM8* |
| **CM6**. ¿Cuántos hijos varones están vivos, pero no viven con usted? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | hijos varones en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM7**. ¿Cuántas hijas están vivas, pero no viven con usted? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | hijas en otro lugar \_\_ \_\_ |  |
| **CM8**. ¿Alguna vez ha dado a luz a un niño o niña que nació vivo pero falleció después?Si la respuesta es ‘No’, indague preguntando lo siguiente: Me refiero a un niño/a que alguna vez lloró, se movió, hizo algún sonido, o hizo algún esfuerzo por respirar, o mostró algún signo de vida aun cuando haya sido sólo por muy poco tiempo. | SÍ 1NO 2 | 2*⇨CM11* |
| **CM9**. ¿Cuántos niños varones han fallecido? *Si la respuesta es ninguno, registre ‘00’*. | niños varones muertos \_\_ \_\_ |  |
| **CM10**. ¿Cuántas niñas han fallecido? *Si la respuesta es ninguna, registre ‘00’*. | niñas muertas \_\_ \_\_ |  |
| **CM11**. Sume respuestas de CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 y CM10. | total \_\_ \_\_ |  |
| **CM12**. Sólo para asegurarme de que esto esté correcto, usted tuvo en total (**número total en CM11**) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Esto es correcto? | SÍ 1NO 2 | 1*⇨CM14* |
| **CM13**. Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias hasta que la respuesta en CM12 sea ‘Sí’. |  |  |
| **CM14**. Verifique CM11: ¿Cuántos nacidos vivos? | No nacidos vivos, CM11=00 0uno o más nacidos vivos,  CM11=01 o más 1 | 0*⇨Fin* |

|  |
| --- |
| Fecundidad/historial de nacimientos bh |
| **BH0**. Ahora me gustaría registrar los nombres de todos los niños/as a los que dio a luz, estén vivos o no, comenzando con el primero que tuvo.*Registre los nombres de todos los nacidos en BH1. Registre gemelos y trillizos en líneas separadas.* |
| BH0.BHNúmero de línea | **BH1**. ¿Qué nombre le dio a su (primer / siguiente) bebé? | **BH2**. ¿Algunos de estos nacidos fueron gemelos/as?1 ÚNICO2 MÚLTIPLE | **BH3**. ¿Es (***nombre del nacido***) un niño o una niña?1 NIÑO2 NIÑA | **BH4**. ¿En qué mes y año nació (***nombre del nacido***)?*Indague*: ¿Cuándo es su cumpleaños? | **BH5**. ¿Está (***nombre del nacido***) vivo? | **BH6**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) en su último cumpleaños?*Registre la edad en años cumplidos.* | **BH7**. ¿Está (***nombre del nacido***) viviendo con usted? | **BH8**. Registre el número de línea del hogar del niño/a (de HL1)Registre ‘00’ *si el niño/a no aparece en la lista.* | **BH9**. ¿Qué edad tenía *(****nombre del nacido****)* cuando falleció?*Si es* ‘1 año’*, indague:¿Cuántos meses tenía (****nombre del nacido****)?Registre los días si es menos de 1 mes; registre los meses si es menos de 2 años; o años.* | **BH10**. ¿Hubo otros nacidos vivos entre (***nombre del nacido anterior***) y (***nombre del nacido***), incluyendo cualquier niño/a que haya fallecido después del nacimiento? |
|  |  | U | M | H | M | Día | Mes | Año | S | N | Edad | S | N | Núm. Línea | Unidad | Número | S | N |
| 01 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *Sig. Nac.* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ |  |
|  | *BH9* |
| 02 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 03 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 04 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 05 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 06 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 07 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 08 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 09 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| BH0.BHNúmero de línea | **BH1**. ¿Qué nombre le dio a su (primer / siguiente) bebé? | **BH2**. ¿Algunos de estos nacidos fueron gemelos/as?1 ÚNICO2 MÚLTIPLE | **BH3**. ¿Es (***nombre del nacido***) un niño o una niña?1 NIÑO2 NIÑA | **BH4**. ¿En qué mes y año nació (***nombre del nacido***)?*Indague*: ¿Cuándo es su cumpleaños? | **BH5**. ¿Está (***nombre del nacido***) vivo? | **BH6**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) en su último cumpleaños?*Registre la edad en años completos.* | **BH7**. ¿Está (***nombre del nacido***) viviendo con usted? | **BH8**. Registre el número de línea del hogar del niño/a (de HL1)Registre ‘00’ *si el niño/a no aparece en la lista.* | **BH9**. ¿Qué edad tenía (***nombre del nacido***) cuando falleció?*Si es* ‘1 año’*, indague:¿Cuántos meses tenía (****nombre del nacido****)?Registre los días si es menos de 1 mes; registre los meses si es menos de 2 años; o años.* | **BH10**. ¿Hubo otros nacidos vivos entre (***nombre del nacido anterior***) y (***nombre del nacido***), incluyendo todos los niños/as que fallecieron después del nacimiento? |
|  |  | U | M | H | M | Día | Mes | Año | S | N | Edad | S | N | Núm. Línea | Unidad | Número | S | N |
| 10 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 11 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 12 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 13 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| 14 |  | 1 | 2 | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2*⬂* | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_***⇨*** *BH10* | Días 1Meses 2años 3 | \_\_\_ \_\_\_ | 1*⬂**Añada**Nac.* | 2*⬂**Sigui.**Nac.* |
|  | *BH9* |
| **BH11**. ¿Ha dado a luz a algún nacido vivo desde el nacimiento de (***nombre del último nacido listado***)? | SÍ 1NO 2 | 1*⇨Registre el/los nacimiento(s) en el Historial de Nacimientos* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CM15**. Compare el número en CM11 con el número de nacidos enumerados en el historial de nacimientos anterior y compruebe: | los números son iguales 1los números son diferentes 2 | 1*⇨CM17* |
| **CM16**. Indague y concilie las respuestas en el historial de nacimientos hasta que la respuesta en CM12 sea ‘Sí’. |  |  |
| **CM17**. Verifique BH4: ¿El último nacimiento ocurrió en los últimos 2 años; es decir, desde (**mes de entrevista**) en 2015?Si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento son los mismos, y el año de nacimiento es **2015**, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años. | No hubo ningún nacido vivo en los 2 últimos años 0uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años 1 | 0*⇨Fin* |
| **CM18**. *Copie el nombre del último niño/a que aparece en BH1.Si el niño/a ha fallecido, tenga especial cuidado al referirse a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.* | Nombre del último niño/a nacido  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ÚLTIMO NACIMIENTO deseado | db |
| **DB1**. Verifique CM17: ¿Hubo un nacimiento vivo en los últimos 2 años?Copie el nombre del último nacimiento que aparece en el historial de nacimientos (CM18) aquí y úselo donde se indica: Nombre  | sí, CM17=1 1No, CM17=0 o en blanco 2 | 2*⇨Fin* |
| **DB2**. Cuando quedó embarazada de (***nombre***), ¿quería usted quedar embarazada en ese momento? | SÍ 1NO 2 | 1*⇨Fin* |
| **DB3**. Verifique CM11: Número de nacidos vivos: | SOLO 1 NACIDO VIVO 12 o MÁS NACIDOS VIVOS 2 | 1*⇨DB4A*2*⇨DB4B* |
| **DB4A**. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o ya no quería tener ningún hijo/a?**DB4B**. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o ya no quería tener más hijos/as? | MÁS ADELANTE 1NO QUERÍA TENER MÁS 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| salud materna y del recién nacido | MN |
| **MN1**. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?Copie aquí el nombre del último nacido vivo anotado en el historial de nacimientos (CM18) y utilícelo donde se indique: Nombre  | sí, CM17=1 1No, CM17=0 o en blanco 2 | 2*⇨Fin* |
| **MN2**. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (***nombre***)? | sí 1No 2 | 2*⇨MN7* |
| **MN3**. ¿A quién consultó?  *Indague:* ¿Alguna otra persona? *Indague a qué tipo de persona consultó y registre todas las respuestas proporcionadas.* | **Profesional de la salud**  Doctor/a A Enfermera/ Comadrona B inserte Otra persona calificada ...…………………………………...C**Otra persona** Partera tradicional F trabajadora de salud comunitaria G Otro (especifique) X |  |
| **MN4**. ¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para este embarazo? *Registre la respuesta tal y como la exponga la entrevistada. Si “9 meses” o más tarde, registre 9.* | semanas **1** \_\_ \_\_Meses **2** 0 \_\_NS 998 |  |
| **MN5**. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo? Indague para averiguar cuántas veces recibió atención prenatal. Si se da un rango, registre el número mínimo de chequeos prenatales recibidos. | Número de veces \_\_ \_\_ns 98 |  |
| **MN6**. Como parte de su cheque prenatal durante este embarazo, ¿al menos una vez, le tomaron: [A] la presión arterial?  [B] una muestra de orina?  [C] una muestra de sangre?  |  SÍ Nopresión arterial 1 2muestra de orina 1 2muestra de sangre 1 2 |  |
| **MN7**. ¿Tiene usted alguna tarjeta u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas? *Si es Sí, pregunte*: ¿Puedo verla, por favor? Si se muestra la tarjeta, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas. | Sí (vio la tarjeta u otro documento 1Sí (no vio la tarjeta u otro documento) 2No 3NS 8 |  |
| **MN8**. Cuando estaba embarazada de (***nombre***), ¿recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebé le diera tétanos; es decir, convulsiones después de nacer? | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨MN11*8*⇨MN11* |
| **MN9**. ¿Cuántas veces recibió la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (***nombre***)? | Número de veces \_\_ns 8 | 8*⇨MN11* |
| **MN10**. Verifique MN9: ¿Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se reportaron? | sólo 1 inyección 12 o más inyecciones 2 | 2*⇨MN15* |
| **MN11**. ¿Recibió alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (***nombre***), ya sea para protegerla a usted o a otro bebé?*Incluya vacunas DPT (tétanos) recibidas cuando era niña si se mencionan.* | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨MN15*8*⇨MN15* |
| **MN12**. ¿Cuántas veces recibió una inyección antitetánica antes de estar embarazada de (***nombre***)?Si fueron 7 o más veces, registre ‘7’.Incluya vacunas DPT (tétanos) recibidas cuando era niña si se mencionan. | Número de veces \_\_ns 8 |  |
| **MN13**. Verifique MN12: ¿Cuántas inyecciones antitetánicas antes del último embarazo fueron reportaron? | sólo 1 inyección 12 o más inyecciones o ns 2 | 1*⇨MN14A*2*⇨MN14B* |
| **MN14A**. ¿Cuántos años hace que recibió esa inyección antitetánica?**MN14B**. ¿Cuántos años hace que recibió la última de esas inyecciones antitetánicas? *La referencia es a la última inyección recibida antes de este embarazo como se anotó en MN12.* Si fue menos de 1 año, registre ‘00’. | hace años \_\_ \_\_NS 98 |  |
| MN15**.** Verifique MN2: ¿Se recibió atención prenatal? | sí, MN2=1 1No, MN2=2 2 | 2⇨MN19 |
| **MN16.** Durante el embarazo de ***(nombre),*** ¿tomó SP/Fansidar para evitar que usted contrajera malaria? | sí 1No 2ns 8 | 2⇨MN198⇨MN19 |
| **MN17. ¿**Cuántas veces tomó SP/Fansidar durante el embarazo de (***nombre***)?  | Número de veces \_\_ \_\_ns 98 |  |
| **MN18.** ¿Recibió el SP/Fansidar durante una visita de atención prenatal, durante otra visita a un centro de salud o de otra fuente? | visita prenatal Avisita a otro centro de salud BOtra fuente *(especifique)* X |  |
| **MN19**. ¿Quién la atendió en el parto de (***nombre***)?*Indague:* ¿Alguien más?Indague qué tipo de persona atendió el parto y registre todas las respuestas proporcionadas.  | **Profesional de la salud**  Doctor/a A Enfermera/ Comadrona B inserte Otra persona calificada ...…………………………………...C**Otra persona** Partera tradicional F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente / amiga/o HOtro (especifique) XNadie Y |  |
| **MN20**. ¿Dónde dio a luz a (***nombre***)? Indague para identificar el lugar donde dio a luz.Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente ‘96’ hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. (Nombre del lugar) | **Hogar** hogar de la entrevistada 11 Otro hogar 12**sector Público** hospital del gobierno 21 clínica / centro de salud del gobierno 22 dispensario de salud del gobierno 23 Otro público (especifique) 26**Sector privado** hospital privado 31 clínica privada 32 casa de maternidad privada 33 Otro centro médico privado (especifique) 36Otro (especifique) 96 | 11*⇨MN23*12*⇨MN23*96*⇨MN23* |
| **MN21**. ¿Nació (***nombre***) por cesárea? Es decir, ¿se cortó su panza para sacar al bebé? | sí 1No 2 | 2*⇨MN23* |
| **MN22**. ¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea?  *Indague si es necesario:* ¿Fue antes o después de que empezaran los dolores de parto? | antes de dolores de parto 1después de dolores de parto 2 |  |
| **MN23**. Inmediatamente después del nacimiento, ¿ (***nombre***) fue puesto directamente sobre la piel desnuda de su pecho?Si es necesario, muestre a la mujer la imagen de la posición piel a piel. | sí 1No 2ns/ no recuerda 8 | 2*⇨MN25*8*⇨MN25* |
| **MN24.** Antes de ponerlo sobre la piel desnuda de su pecho, ¿ el bebé fue envuelto? | sí 1No 2ns/ no recuerda 8 |  |
| **MN25**. ¿Fue (***nombre***) secado o limpiado poco después del nacimiento? | sí 1No 2ns/ no recuerda 8 |  |
| **MN26**. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento fue (***nombre***) bañado/a por primera vez?Si responde “inmediatamente” o menos de 1 hora, registre ‘000’.Si responde menos de 24 horas, registre horas.Si responde “1 día” o “al día siguiente”, indague: ¿Aproximadamente cuántas horas después del nacimiento?Si responde “24 horas”, indague para asegurar la mejor estimación de menos de 24 horas o 1 día. Si responde 24 horas o más, registre días. | Inmediatamente/menos de 1 hora 000Horas **1** \_\_ \_\_Días **2** \_\_ \_\_nunca bañado/a 997ns / no recuerda 998 |  |
| **MN27**. Verifique MN20: ¿El niño/a nació en un centro de salud? | sí, MN20=21-36 1No, MN20=11-12 ó 96 2 | 1*⇨MN30* |
| **MN28**. ¿Qué se usó para cortar el cordón umbilical? | hoja nueva 1hoja usada para otros propósitos 2Tijeras 3Otro (especifique) 6ns 8 |  |
| **MN29**. ¿El instrumento usado para cortar el cordón fue hervido o esterilizado antes de ser utilizado? | sí 1No 2ns / no recuerda 8 |  |
| **MN30**. ¿Se le aplicó algo al cordón después de ser cortado y hasta que se cayó? | sí 1No 2ns / no recuerda 8 | 2*⇨MN32*8*⇨MN32* |
| **MN31**. ¿Qué se le aplicó al cordón? *Indague:* ¿Algo más? | Clorhexidina ………………………………… A Otro antiséptico (alcohol, licor, violeta de genciana) Baceite de mostaza Cceniza DEstiércol de animal EOtro (especifique) Xns / no recuerda z |  |
| **MN32**. 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 …………………………………...1Más grande que el promedio …………...2Tamaño promedio …………………………...3Más pequeño que el promedio ………….4Muy pequeño 5ns 8 |  |
| **MN33**. ¿Pesaron a (***nombre***) al nacer? | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨MN35*8*⇨MN35* |
| **MN34**. ¿Cuánto pesó (***nombre***)?Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible. | de la tarjeta **1 (kg)** \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_de lo que recuerda **2 (kg)** \_\_ . \_\_ \_\_ \_\_ns 99998 |  |
| **MN35**. ¿Volvió su periodo menstrual después del nacimiento de (***nombre***)? | sí 1No 2 |  |
| **MN36**. ¿Alguna vez le dio pecho a (***nombre***)? | sí 1No 2 | 2*⇨MN39B* |
| **MN37**. ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dio pecho a (***nombre***) por primera vez? *Si la respuesta es menos de 1 hora, registre ‘00’ horas.* *Si la respuesta es menos de 24 horas, registre horas.* En cualquier otro caso, registre días. | Inmediatamente 000Horas **1** \_\_ \_\_Días **2** \_\_ \_\_ns / no recuerda 998 |  |
| **MN38**. Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (***nombre***) que no fuera leche materna?  | sí 1No 2 | 1*⇨MN39A*2*⇨Fin* |
| **MN39A**. ¿Qué se le dio a (***nombre***) de tomar?Indague: ¿Algo más? *‘No dar nada de beber’ no es una respuesta válida y no se puede registrar la categoría de respuesta Y.***MN39B**. En los tres primeros días tras el parto, ¿qué se le dio a (***nombre***) de tomar?Indague: ¿Algo más?*‘No dar nada de beber’ (categoría Y) sólo se puede registrar si no se ha registrado ninguna otra categoría de respuesta.* | Leche (que no sea leche materna) AAgua sola BAgua con azúcar o con glucosa CSolución medicinal para aliviar cólicos en bebés dSolución de agua con azúcar y sal EJugo de frutas FFórmula para bebés GTé/infusiones / preparaciones tradionales de hierbasHmielImedicamentos prescritos JOtro (especifique) XNo se le dio nada de beber Y |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Controles DE SALUD POST-NATAL | pn |
| **PN1**. Verifique CM17: ¿Hubo un nacido vivo en los últimos 2 años?Copie aquí el nombre del último nacimiento registrado en el historial de nacimientos (CM18) y úselo donde se indique: Nombre  | sí, CM17=1 1No, CM17=0 O EN BLANCO 2 | 2*⇨Fin* |
| **PN2**. Verifique MN20: ¿El niño/a nació en un centro de salud? | sí, MN20=21-36 1No, MN20=11-12 ó 96 2 | 2*⇨PN7* |
| **PN3**. 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 MN20***). ¿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 recuerda 998 |  |
| **PN4**. Me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (***nombre***) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (***nombre***), revisó el cordón o vio si (***nombre***) estaba bien. Antes de que se fuera de (***nombre o tipo de centro en MN20***), ¿evaluó alguien la condición de salud de (***nombre***)? | sí 1No 2 |  |
| **PN5**. ¿Y sobre su condición de salud; quiero decir, alguien revisó su salud, por ejemplo, haciendo preguntas sobre el estado de su salud o examinándola? ¿Alguien revisó la condición de su salud antes de que se fuera de (***nombre o tipo de centro en MN20***)? | sí 1No 2 |  |
| **PN6**. Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que pasó después de que se fuera de (***nombre o tipo de centro en MN20***). ¿Alguien revisó la condición de salud de (***nombre***) después de que se fuera de (***nombre o tipo de centro en MN20***)? | sí 1No 2 | 1*⇨PN12*2*⇨PN17* |
| **PN7**. Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria? | sí, al menos una de las categorías de aG registrada 1No, ninguna de las categorías de a-G registrada 2 | 2*⇨PN11* |
| **PN8**. Usted ya ha dicho que (***persona o personas en MN19***) la atendió durante el parto. Ahora me gustaría hablarle acerca de los controles de salud de (***nombre***) después del parto; por ejemplo, alguien examinó a (***nombre***), revisó el cordón o vio si (***nombre***) estaba bien. Después del parto y antes de que (***persona o personas en MN19***) se marchara, ¿(***persona o personas en MN19***) revisó la condición de salud de (***nombre***)? | sí 1No 2 |  |
| **PN9**. ¿Y alguna (***persona o personas en MN19***) chequeó su salud antes de que se marchara; por ejemplo, le hizo preguntas acerca de su salud o la examinó? | sí 1No 2 |  |
| **PN10**. ¿Después de que (***persona o personas en MN19***) se marchara, revisó alguien la salud de (***nombre***)?  | sí 1No 2 | 1*⇨PN12*2*⇨PN19* |
| **PN11**. Me gustaría hablarle de los controles de salud de (***nombre***) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (***nombre***), revisó el cordón o vio si el bebé estaba bien. Después del nacimiento de (***nombre***) ¿revisó alguien la salud de él/ella? | sí 1No 2 | 2*⇨PN20* |
| **PN12**. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez? | una vez 1más de una vez 2 | 1*⇨PN13A*2*⇨PN13B* |
| **PN13A**. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo esa revisión?**PN13B**. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?*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 |  |
| **PN14**. ¿Quién revisó la salud de (***nombre***) en aquel momento? | **Profesional de la salud**  Doctor/a A Enfermera/ Comadrona B inserte Otra persona calificada ...…………………………………...C**Otra persona** Partera tradicional F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente / amiga/o HOtro (especifique) X |  |
| **PN15**. ¿Dónde se realizó esta revisión?Indague para identificar el tipo de lugar.Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente ‘96’ hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. (Nombre del lugar) | **Hogar** hogar de la entrevistada 11 Otro hogar 12**sector Público** hospital del gobierno 21 clínica / centro de salud del gobierno 22 dispensario de salud del gobierno 23 Otro público (especifique) 26**Sector privado** hospital privado 31 clínica privada 32 casa de maternidad privada 33 Otro centro médico privado (especifique) 36Otro (especifique) 96 |  |
| **PN16**. Verifique MN20: ¿Nació el niño/a en un centro de salud? | sí, MN20=21-36 1No, MN20=11-12 ó 96 2 | 2*⇨PN18* |
| **PN17**. Después de que se fuera de (***nombre o tipo de centro en MN20***), ¿chequeó alguien su salud? | sí 1No 2 | 1*⇨PN21*2*⇨PN25* |
| **PN18**. Verifique MN19: ¿La atendió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria? | sí, al menos una de las categorías de a-G registrada 1No, ninguna de las categorías de a-G registrada 2 | 2*⇨PN20* |
| **PN19**. Después de que terminara el parto y que se fuera (***persona o personas en MN19***), ¿alguien revisó su salud? | sí 1No 2 | 1*⇨PN21*2*⇨PN25* |
| **PN20**. Después del nacimiento de (***nombre***), ¿revisó alguien su salud, por ejemplo, haciéndole preguntas sobre su salud o examinándola? | sí 1No 2 | 2*⇨PN25* |
| **PN21**. ¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez? | una vez 1más de una vez 2 | 1*⇨PN22A*2*⇨PN22B* |
| **PN22A**. ¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?**PN22B**. ¿Cuánto tiempo después del parto se llevó a cabo la primera de estas revisiones?*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 |  |
| **PN23**. ¿Quién revisó su salud en aquel momento? | **Profesional de la salud**  Doctor/a A Enfermera/ Comadrona B inserte Otra persona calificada... …………………………………...C**Otra persona** Partera tradicional F Trabajadora de salud comunitaria G Pariente / amiga/o HOtro (especifique) X |  |
| **PN24**. ¿Dónde se realizó esta revisión?Indague para identificar el tipo de lugar.Si no logra determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar y registre temporalmente ‘96’ hasta que sepa la categoría apropiada para la respuesta. (Nombre del lugar) | **Hogar** hogar de la entrevistada 11 Otro hogar 12**sector Público** hospital del gobierno 21 clínica / centro de salud del gobierno 22 dispensario de salud del gobierno 23 Otro público (especifique) 26**Sector privado** hospital privado 31 clínica privada 32 casa de maternidad privada 33 Otro centro médico privado (especifique) 36Otro (especifique) 96 |  |
| **PN25**. Durante los primeros dos días después del parto ¿algún profesional de la salud hizo algo de lo siguiente ya sea en el hogar o en una instalación de salud: [A] examinó el cordón de (***nombre***)? [B] le tomó la temperatura a (***nombre***)? [C] le dio consejería sobre lactancia materna? |  sí No nsexaminó el cordón 1 2 8tomó la temperatura 1 2 8consejería sobre lactancia materna 1 2 8 |  |
| **PN26**. Verifique MN36: ¿El niño/a fue alguna vez amamantado? | sí, MN36=1 1No, MN36=2 2 | 2*⇨PN28* |
| **PN27.** ¿Observa la lactancia de (***nombre***)? |  sí No nsObserva lactancia 1 2 8 |  |
| **PN28**. Verifique MN33: ¿Fue pesado el niño/a al nacer?  | sí, MN33=1 1No, MN33=2 2ns, MN33=8 3 | 1*⇨PN29A*2*⇨PN29B*3*⇨PN29C* |
| **PN29A**. Usted mencionó que (***nombre***) fue pesado al nacer. Después de esto, ¿(***nombre***) fue pesado de nuevo por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento? **PN29B**. Usted mencionó que (***nombre***) no fue pesado al nacer. ¿Fue pesado/a (***nombre***) por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?**PN29C**. Usted mencionó que no sabe si (***nombre***) fue pesado al nacer. ¿Fue pesado/a (***nombre***) por algún profesional de la salud dentro de los dos días después del nacimiento?  | sí 1No 2 |  |
| **PN30**. Durante los primeros dos días después del nacimiento de (***nombre***), ¿algún profesional de la salud le dio información acerca de los síntomas que requieren que usted lleve a su hijo/a enfermo a un centro de salud para su atención? | sí 1No 2 |  |

|  |
| --- |
| anticoncepción CP |
| **CP1**. Me gustaría hablar con usted de otro tema: planificación familiar. ¿Está usted embarazada ahora? | sí, actualmente embarazada 1No 2ns o no está segura 8 | 1*⇨CP3* |
| **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 1No 2 | 1*⇨CP4* |
| **CP3**. ¿Alguna vez ha hecho algo o utilizado algún método para demorar o evitar un embarazo? | sí 1No 2 | 1*⇨Fin*2*⇨Fin* |
| **CP4**. ¿Qué está haciendo usted ahora para demorar o evitar un embarazo?No induzca una respuesta.Si se menciona más de un método, registre cada uno. | Esterilización femenina …………………AEsterilización masculina………………...…………………Bdiu CInyecciones DImplantes EPastillas FCondón masculino…………………………GCondón femenino…………………..……….HDiafragma IJalea/Espuma …………………………………..Jmétodo de amenorrea de la lactancia (mela) KAbstinencia periódica / Ritmo LRetiro …………………………………………...MOtro (*especifique*) X |  |

|  |
| --- |
| necesidad no satisfecha UN |
| **UN1**. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | sí, CP1=1 1No, ns o no está segura,  CP1=2 U 8 2 | 2*⇨UN6* |
| **UN2**. Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando quedó embarazada, ¿quería quedar embarazada en ese momento? | sí 1No 2 | 1*⇨UN5* |
| **UN3**. Verifique CM11: ¿Algún nacido vivo? | Ningún nacido vivo 0uno o más nacidos vivos 1 | 0*⇨UN4A*1*⇨UN4B* |
| **UN4A**. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o no quería tener hijos/as?**UN4B**. ¿Quería usted tener un hijo/a más adelante o no quería tener más hijos/as? | más tarde 1Ninguno / No más 2 |  |
| **UN5**. 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 1Ninguno más / ninguno 2no decidido / ns 8 | 1*⇨UN8*2*⇨UN14*8*⇨UN14* |
| **UN6**. Verifique CP4: ¿Está utilizando ahora ‘Esterilización femenina’? | sí, CP4=A 1No, Cp4≠A 2 | 1*⇨UN14* |
| **UN7**. 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 1Ninguno más / ninguno 2Dice que no puede quedar embarazada ……………………………...3no decidido / ns 8 | 2*⇨UN10*3*⇨UN12*8*⇨UN10* |
| **UN8**. ¿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) 993Dice que no puede quedar embarazada 994Después del matrimonio 995otro 996ns 998 | 994*⇨UN12* |
| **UN9**. Verifique CP1: ¿Está embarazada actualmente? | sí, CP1=1 1No, ns o no está segura, CP1=2 u 8 2 | 1*⇨UN14* |
| **UN10**. Verifique CP2: ¿Actualmente está utilizando algún método? | sí, CP2=1 1No, CP2=2 2 | 1*⇨UN14* |
| **UN11**. ¿Cree que es físicamente capaz de quedar embarazada en este momento? | sí 1No 2ns 8 | 1*⇨UN14*8*⇨UN14* |
| **UN12**. ¿Por qué cree que no es físicamente capaz de quedar embarazada? | Relaciones sexuales infrecuentes / no tiene relaciones sexuales AMenopausia BNunca menstruó CHisterectomía (extirpación quirúrgica del útero) DHa estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados…………EAmenorrea postparto FAmamantamiento GDemasiado mayor HFatalista IOtro (especifique) Xns Z |  |
| **UN13**. Verifique UN12: ¿Mencionó ‘nunca menstruó’? | Mencionado, UN12=C 1No mencionado, UN12≠C 2 | 1*⇨Fin* |
| **UN14**. ¿Cuándo comenzó su último periodo menstrual?*Registre la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada.*Si es ‘1 año’, indague:¿Hace cuántos meses? | hace días **1** \_\_ \_\_hace semanas **2** \_\_ \_\_hace meses **3** \_\_ \_\_hace años **4** \_\_ \_\_En la menopausia / se le ha realizado histerectomía 993Antes del último nacimiento 994Nunca menstruó 995 | 993*⇨Fin*994*⇨Fin*995*⇨Fin* |
| **UN15.** *Verifique UN14: ¿Menstruó por última vez en el último año?* | sí, en el último año 1no, un año o más 2 | 2*⇨Fin* |
| **UN16**. Debido a su último periodo menstrual, ¿no pudo asistir a alguna actividad social o a su trabajo o escuela? | sí 1No 2ns / no segura / no hubo tal actividad 8 |  |
| **UN17**.Durante su último periodo menstrual, ¿se pudo lavar y cambiar en privado mientras se encontraba en su hogar? | Sí 1No 2NS 8 |  |
| **UN18**.¿Usted usó materiales como toallas sanitarias, tampones o telas? | Sí 1No 2NS 8 | 2*⇨Fin*8*⇨Fin* |
| **UN19**.¿Eran materiales reutilizables? | Sí 1No 2NS 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA/ABLACIÓN** | **FG** |
| **FG1**. ¿Alguna vez ha oído hablar de la circuncisión femenina? | sí 1No 2 | 1*⇨FG3* |
| **FG2**. En algunos países existe una práctica en la que se puede llegar a cortar parte de los genitales de una niña.¿Alguna vez ha oído hablar de esta práctica? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **FG3**. ¿Alguna vez ha sido usted circuncidada? | sí 1No 2 | 2*⇨FG9* |
| **FG4**. Ahora quisiera preguntarle qué le hicieron en ese momento.¿Se extrajo carne del área genital? | Sí 1No 2NS 8 | 1*⇨FG6* |
| **FG5**. ¿Se cortó el área genital sin remover la carne? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **FG6**. ¿Se cosió la zona genital para cerrarla?*Si es necesario, indague*: ¿Se selló? | Sí 1No 2NS 8 |  |
| **FG7**. ¿Cuántos años tenía cuando la circuncidaron?*Si la entrevistada no conoce la edad exacta, indague para obtener una estimación.* | edad en el momento de la circuncisión \_\_ \_\_ns / no recuerda 98 |  |
| **FG8**. ¿Quién realizó la circuncisión? | **Profesional de la salud**  Doctor/a 11 Enfermera/ Comadrona 12Otro profesional de la salud (especifique) 16**personas tradicionales** ‘circuncidador’ tradicional 21 partera tradicional 22 Otro tradicional (especifique) 26NS 98 |  |
| **FG9***.* *Sume CM4 para Número de hijas en casa y CM7 para Número de hijas en otra parte:* | número total de hijas vivas *\_\_\_ \_\_\_* |  |
| **FG10**. Sólo para asegurarme de que lo entendí bien, usted tiene (**número total en FG9**) hijas vivas. ¿Es esto correcto? | Sí 1No 2 | 1⇨FG12 |
| **FG11**. Compruebe las respuestas de CM1-CM11 y realice las correcciones necesarias hasta que la respuesta en FG10 sea ‘Sí’. |  |  |
| **FG12***.* *Verifique FG9: ¿Número de hijas vivas?* | No hay hijas vivas 0al menos una hija viva 1 | 0⇨FG24 |

|  |
| --- |
| **FG13**. *Pida a la entrevistada que le diga el nombre de su(s) hija(s), comenzando con la hija menor (si hay más de una hija). Escriba el nombre de cada hija en FG14. Luego, haga las preguntas FG15 a FG22 para cada hija a la vez.El número total de hijas en FG14 debe ser igual al número en FG9.Si tiene más de 4 hijas, use cuestionarios adicionales.* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [D1]más joven | [D2]2da más joven | [D3]3ra más joven | [D4]4ta más joven |
| **FG14**. *Nombre de la hija* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **FG15**. ¿Qué edad tiene (***nombre****)*? | edad \_\_\_ \_\_\_ | edad \_\_\_ \_\_\_ | edad \_\_\_ \_\_\_ | edad \_\_\_ \_\_\_ |
| **FG16**. *¿Tiene (****nombre****) menos de 15 años de edad?* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* |
| **FG17**. ¿Está (***nombre***) circuncidada? | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* | sÍ 1No 2 *⬂**FG23* |
| **FG18**. ¿Qué edad tenía (**nombre**) cuando esto sucedió?*Si la entrevistada no conoce la edad exacta, indague para obtener una estimación.* | edad \_\_\_ \_\_\_ns 98 | edad \_\_\_ \_\_\_ns 98 | edad \_\_\_ \_\_\_ns 98 | edad \_\_\_ \_\_\_ns 98 |
| **FG19**. Ahora quisiera preguntarle qué le hicieron a (**nombre**) en ese momento.¿Se extrajo carne del área genital? | sÍ 1 *⬂**FG21*No 2ns 8 | sÍ 1 *⬂**FG21*No 2ns 8 | sÍ 1 *⬂**FG21*No 2ns 8 | sÍ 1 *⬂**FG21*No 2ns 8 |
| **FG20**. ¿Se cortó el área genital sin remover la carne? | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 |
| **FG21**. ¿Se cosió la zona genital para cerrarla? *Si es necesario, indague*: ¿Se selló? | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 | sí 1No 2ns 8 |
| **FG22**. ¿Quién realizó la circuncisión? | **Profesional** **de la salud**  Doctor/A ………..11 Enfermera/ Comadrona…...12Otro profesional de la salud (*especifique*)\_\_\_\_\_ 16**personas** **tradicionales** ‘circuncidador’ tradicional……21 parteratradicional……22 Otro tradicional (*especifique*)\_\_\_\_\_ 26ns 98 | **Profesional** **de la salud**  Doctor/A ………..11 Enfermera/ Comadrona…...12Otro profesional de la salud (*especifique*)\_\_\_\_\_ 16**personas** **tradicionales** ‘circuncidador’ tradicional……21 parteratradicional……22 Otro tradicional (*especifique*)\_\_\_\_\_ 26 26ns…………. 98 | **Profesional** **de la salud**  Doctor/A ………..11 Enfermera/ Comadrona…...12Otro profesional de la salud (*especifique*)\_\_\_\_\_ 16**personas** **tradicionales** ‘circuncidador’ tradicional……21 parteratradicional……22 Otro tradicional (*especifique*)\_\_\_\_\_ 26ns.. 98 | **Profesional** **de la salud**  Doctor/A ………..11 Enfermera/ Comadrona…...12Otro profesional de la salud (*especifique*)\_\_\_\_\_ 16**personas** **tradicionales** ‘circuncidador’ tradicional……21 parteratradicional……22 Otro tradicional (*especifique*)\_\_\_\_\_ 26ns.. 98 |
| **FG23**. *¿Tiene otra hija?* | sí 1 *⬂**[D2]*No 2 *⬂**FG24* | sí 1 *⬂**[D3]*No 2 *⬂**FG24* | sí 1 *⬂**[D4]*No 2 *⬂**FG24* | sí 1 *⬂**[D5]*No 2 *⬂**FG24* |
|  |  |  |  | *Marque aquí si se utilizó un cuestionario adicional:* **🞎** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FG24**. ¿Cree usted que esta práctica debe continuar o debe ser descontinuada? | Continuar 1descontinuar 2Depende 3ns 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 tener relaciones sexuales con él? [E] Si se le quema la comida? |  sí No nsSale sin avisarle 1 2 8Descuida a los niños/as 1 2 8Discute con él 1 2 8Se niega a tenerrelaciones sexuales 1 2 8Se le quema la comida 1 2 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Victimización | VT |
| **VT1**. *Verifique la presencia de otras personas alrededor. Antes de seguir, asegure privacidad.*Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre delitos en los que usted fue personalmente la víctima.  Permítame asegurarle de nuevo que la información que proporcione será estrictamente confidencial. En los últimos tres años, es decir, desde (***mes de la entrevista***) de 2014, ¿alguien le ha quitado algo o lo ha intentado usando la fuerza o amenazando con usarla? *Incluya solo los incidentes en los que la entrevistada fue personalmente la víctima y excluya aquellos vividos únicamente por otros miembros del hogar.* *Si es necesario, ayude a la entrevistada a establecer el periodo que debe recordar, y asegúrese de que le deja tiempo suficiente para ello. Puede alentarla:* Puede ser difícil recordar esta clase de incidentes, así que tómese el tiempo que necesite para pensar sus respuestas. | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨VT9**B*8*⇨VT9B* |
| **VT2**. ¿Este incidente ocurrió en los últimos 12 meses, es decir, desde (***mes de la entrevista***) de 2016? | Sí, en los últimos 12 meses ……………..1No, hace más de 12 meses ………………..2NS / No lo recuerda 8 | 2*⇨VT5B*8*⇨VT5B* |
| **VT3**. ¿Cuántas veces ha ocurrido este incidente en los últimos 12 meses? *Si ‘NS/No lo recuerda’, indague:* ¿Ha pasado una vez, dos, o al menos tres veces? | una vez 1dos veces 2tres o más veces 3ns / no recuerda 8 |  |
| **VT4**. Verifique VT3: ¿Una o más veces? | una vez, VT3=1 1Más de una vez o NS, VT3=2, 3 u 8 2 | 1*⇨VT5A*2*⇨VT5B* |
| **VT5A**. Cuando ocurrió este incidente, ¿le robaron algo?**VT5B**. Cuando ocurrió este incidente por última vez, ¿le robaron algo? | sí 1No 2ns / No está segura 8 |  |
| **VT6**. ¿Esta(s) persona(s) tenía(n) un arma? | sí 1No 2ns / No está segura 8 | 2*⇨VT8*8*⇨VT8* |
| **VT7**. ¿Se usó un cuchillo, una pistola o algo más como arma? *Registre todo aquello que corresponda.* | sí, un cuchillo Así, una pistola Bsí, algo más X |  |
| **VT8**. ¿Denunció usted u otra persona el incidente a la policía? *Si es ‘Sí’, indague:* ¿El incidente lo denunció usted o alguien más? | Sí, lo denunció la entrevistada 1Sí, lo denunció otra persona 2No, no se denunció 3NS / No está segura 8  | 1*⇨VT9A*2*⇨VT9A*3*⇨VT9A*8⇨*VT9A* |
| **VT9A**. Aparte del incidente/s que acaba de mencionar, en los últimos tres años; esto es, desde (***mes de la entrevista***) de 2014, ¿la han atacado físicamente?**VT9B**. En el mismo periodo, es decir, en los últimos tres años, esto es, desde (***mes de la entrevista***) de 2014, ¿la han atacado físicamente? *Si es ‘No’, indague*: Un ataque puede producirse en casa o en cualquier lugar fuera de ésta, como en otras casas, en la calle, en la escuela, en el transporte público, en restaurantes o en su lugar de trabajo. *Incluya solo los incidentes en los que la entrevistada fue personalmente la víctima y excluya aquellos sufridos solamente por otros miembros del hogar. Excluya aquellos incidentes en los que el propósito era quitarle algo a la entrevistada, que deberían estar registrados en VT1.* | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨VT20*8*⇨VT20* |
| **VT10**. ¿Este incidente ocurrió en los últimos 12 meses, es decir, desde (***mes de la entrevista***) de 2016? | sí, durante los últimos 12 meses 1No, hace más de 12 meses 2ns / no recuerda 8 | 2*⇨VT12B*8*⇨VT12B* |
| **VT11**. ¿Cuántas veces ocurrió este incidente en los últimos 12 meses? *Si ‘NS/No lo recuerda’, indague:* ¿Ha pasado una vez, dos o al menos tres veces? | una vez 1dos veces 2tres o más veces 3ns / no recuerda 8 | 1*⇨VT12A*2*⇨VT12B*3*⇨VT12B*8*⇨VT12B* |
| **VT12A**. ¿Dónde sucedió?**VT12B**. ¿Dónde sucedió la última vez? | En la casa 11En otra casa 12En la calle 21En el transporte público 22En un restaurante/cafetería/bar 23Otro lugar público (*especifique*) 26En la escuela 31En el lugar de trabajo 32Otro lugar (*especifique*) 96 |  |
| **VT13**. ¿Cuántas personas cometieron el delito? *Si ‘NS/No lo recuerda’, indague:* ¿Fue una persona, dos o al menos tres? | una persona 1dos personas 2Tres o más personas 3ns / no recuerda 8 | 1*⇨VT14A*2*⇨VT14B*3*⇨VT14B*8*⇨VT14B* |
| **VT14A**. En el momento del incidente, ¿reconoció usted a la persona?**VT14B**. En el momento del incidente, ¿reconoció usted al menos a una de las personas? | sí 1No 2ns / no recuerda 8 |  |
| **VT17**. ¿Tenía(n) la(s) persona(s) un arma? | sí 1No 2ns / no recuerda 8 | 2*⇨VT19*8*⇨VT19* |
| **VT18**. ¿Se usó un cuchillo, una pistola o algo más como arma? *Registre todo lo que corresponda.* | sí, un cuchillo Así, una pistola Bsí, algo más X |  |
| **VT19**. ¿Denunció usted u otra persona el incidente a la policía? *Si es ‘Sí’, indague:* ¿El incidente lo denunció usted o alguien más? | Sí, lo denunció la entrevistada 1Sí, lo denunció otra persona 2No, no SE denunció 3ns / No está segura 8 |  |
| **VT20**. ¿Qué tan segura se siente usted caminando sola por su vecindario de noche? | muy segura 1Segura 2insegura 3muy insegura 4nunca camina sola de noche 7 |  |
| **VT21**. ¿Qué tan segura se siente usted estando sola en casa de noche? | muy segura 1Segura 2insegura 3muy insegura 4nunca está sola en casa de noche 7 |  |
| **VT22**. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido personalmente discriminada o acosada por los siguientes motivos?[A] ¿Origen étnico o de inmigración?[B] ¿Género?[C] ¿Orientación sexual?[D] ¿Edad?[E] ¿Religión o creencias?[F] ¿Discapacidad?[X] ¿Por cualquier otra razón? |  sí No nsétnico / inmigración 1 2 8Género 1 2 8orientación sexual 1 2 8edad 1 2 8Religión / creenciaS 1 2 8Discapacidad 1 2 8Otra razón 1 2 8 |  |
| Matrimonio/UNIóN | MA |
| **MA1**. ¿Está usted actualmente casada o viviendo con una pareja como si estuviera casada? | sí, actualmente casada 1sí, viviendo en pareja 2No, no en unión 3 | 3*⇨MA5* |
| **MA2**. ¿Cuántos años tiene su (esposo/pareja)?*Indague:* ¿Cuántos años cumplió su (esposo/pareja) en su último cumpleaños?  | edad en años \_\_ \_\_ns 98 |  |
| **MA3**. Además de usted, ¿su (esposo/pareja) tiene otras esposas o parejas o vive con otras mujeres como si estuviera casado? | sí 1No 2 | 2*⇨MA7* |
| **MA4**. ¿Cuántas otras esposas o compañeras tiene él? | Número \_\_ \_\_ns 98 | ⇨*MA7*98*⇨MA7* |
| **MA5**. ¿Ha estado usted alguna vez casada o ha vivido con alguien como si estuviera casada? | sí, casada en el pasado 1sí, vivió con pareja en el pasado 2No 3 | 3*⇨Fin* |
| **MA6**. ¿Cuál es su estado conyugal ahora: es usted viuda, divorciada o separada? | viuda 1Divorciada 2Separada 3 |  |
| **MA7**. ¿Ha estado usted casada o ha vivido con alguien sólo una vez o más de una vez? | solo una vez 1más de una vez 2 | 1*⇨MA8A*2*⇨MA8B* |
| **MA8A**. ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su (esposo/pareja)?**MA8B**. ¿En qué mes y año comenzó a vivir con su primer (esposo/pareja)? | fecha de la (primera) unión Mes \_\_ \_\_ ns mes 98 año \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ns año 9998 |  |
| **MA9**. *Verifique MA8A/B: ¿Está registrado ‘NS AÑO’?* | sí, ma8A/b=9998 1No, MA8A/B≠9998 2 | 2*⇨Fin* |
| **MA10**. *Verifique MA7: ¿En unión solo una vez?* | Sí, MA7=1 1No, MA7=2 2 | 1*⇨MA11A*2*⇨MA11B* |
| **MA11A**. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su (esposo/ pareja)?**MA11B**. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a vivir con su primer (esposo/ pareja)? | edad en años \_\_ \_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FUNcionamiento en adultos | AF |
| **AF1**. *Verifique WB4: ¿Edad de la entrevistada?* | edad 15-17 años 1edad 18-49 años 2 | 1*⇨Fin* |
| **AF2**. ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Incluya el uso de anteojos para leer. | sí 1No 2 |  |
| **AF3**. ¿Usa una prótesis auditiva? | sí 1No 2 |  |
| **AF4**. Ahora voy a preguntarle por las dificultades que puede que tenga al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrá cuatro respuestas posibles. Por favor dígame si usted: 1) no tiene ninguna dificultad, 2) tiene cierta dificultad 3) tiene mucha dificultad, o 4) no puede realizar la actividad.Repita las categorías en cada pregunta siempre que la entrevistada no utilice una de estas respuestas: Recuerde, las cuatro posibles respuestas son: 1) no tiene ninguna dificultad, 2) cierta dificultad 3) tiene mucha dificultad, o 4) no puede realizar la actividad |  |  |
| **AF5**. *Verifique AF2: ¿La entrevistada usa anteojos o lentes de contacto?* | sí, AF2=1 1No, AF2=2 2 | 1*⇨AF6A*2*⇨AF6B* |
| **AF6A**. Cuando usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?**AF6B**. ¿Tiene dificultades para ver? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3No puede ver 4 |  |
| **AF7**. *Verifique AF3: ¿La entrevistada usa prótesis auditiva?* | sí, AF3=1 1No, AF3=2 2 | 1*⇨AF8A*2*⇨AF8B* |
| **AF8A**. Cuando usa su(s) prótesis auditiva(s), ¿tiene dificultad para oír?**AF8B**. ¿Tiene dificultad para oír? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3No puede oír 4 |  |
| **AF9**. ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3No puede caminar o subir escalones……………………….........4 |  |
| **AF10**. ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3No recuerda o no se concentra..…….4 |  |
| **AF11**. ¿Tiene dificultad con su autocuidado, como bañarse o vestirse? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3No puede encargarse de su autocuidado ………………………………4 |  |
| **AF12**. Usando su idioma habitual, ¿tiene dificultades para comunicarse, por ejemplo, para entender o ser entendida? | Ninguna dificultad 1Cierta dificultad 2Mucha dificultad 3 |  |
| COMPORTAMIENTO SEXUAL SB |
| **SB1**. *Compruebe la presencia de otros. Antes de continuar, haga todo lo posible para asegurar la privacidad*. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la actividad sexual con el fin de entender mejor algunos temas importantes de la vida.  Permítame asegurarle una vez más que sus respuestas son completamente confidenciales y no se compartirán con nadie. Si llegamos a cualquier pregunta que usted no quiera contestar, dígame y pasaremos a la siguiente pregunta.¿Qué edad tenía usted cuando mantuvo relaciones sexuales por primera vez? | Nunca mantuvo relaciones sexuales 00Edad en años \_\_ \_\_Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja 95 | 00*⇨Fin* |
| **SB2**. Me gustaría preguntarle sobre su actividad sexual reciente. ¿Cuándo fue la última vez que mantuvo relaciones sexuales? Registre las respuestas en días, semanas o meses si es menor de 12 meses (un año).Si es 12 meses (un año) o más, la respuesta debe ser registrada en años. | HACE DÍAS **1** \_\_ \_\_HACE SEMANAS **2** \_\_ \_\_HACE MESES **3** \_\_ \_\_HACE AÑOS **4** \_\_ \_\_ | 4*⇨Fin* |
| **SB3**. La última vez que mantuvo relaciones sexuales, ¿se usó un condón? | SÍ 1No 2 |  |
| **SB4**. ¿Qué relación tenía usted con quien mantuvo relaciones sexuales la última vez?Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexualSi es “novio”, pregunte:¿Vivían juntos como si estuvieran casados?Si la respuesta es “sí”, registre “2”.Si la respuesta es “no”, registre “3”. | Esposo 1Pareja conviviente 2Novio 3Compañero casual 4Cliente / trabajador sexual 5Otro (especifique) 6 | 3*⇨SB6*4*⇨SB6*5*⇨SB6*6*⇨SB6* |
| **SB5**. *Verifique MA1: ¿Actualmente casada o viviendo con una pareja?* | SÍ, MA1=1 Ó 2 1No, MA1=3 2 | 1*⇨SB7* |
| **SB6**. ¿Qué edad tiene esta persona?Si la respuesta es “NS”, indague: ¿Más o menos qué edad tiene esta persona? | EDAD DE LA PAREJA SEXUAL \_\_ \_\_NS 98 |  |
| **SB7**. Aparte de esta persona, ¿ha mantenido relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **SB8**. La última vez que mantuvo relaciones sexuales con otra persona, ¿se usó un condón? | sí 1No 2 |  |
| **SB9**. ¿Qué relación tenía con esa persona?Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexualSi es “novio”, pregunte:¿Vivían juntos como si estuvieran casados?Si la respuesta es “sí”, registre “2”. Si la respuesta es “no”, registre “3”. | Esposo 1Pareja conviviente 2Novio 3Compañero casual 4Cliente / trabajador sexual 5Otro (especifique) 6 | 3*⇨SB12*4*⇨SB12*5*⇨SB12*6*⇨SB12* |
| **SB10**. *Verifique MA1: ¿Actualmente casada o viviendo con una pareja?* | sí, MA1=1 ó 2 1No, MA1=3 2 | 2*⇨SB12* |
| **SB11**. *Verifique MA7: ¿Casada o viviendo con una pareja solo una vez?* | sí, MA7=1 1No, MA7≠1 2 | 1*⇨Fin* |
| **SB12**. ¿Qué edad tiene esa persona?Si la respuesta es “NS”, indague:  ¿Más o menos qué edad tiene esta persona? | edad de la pareja sexual \_\_ \_\_ns 98 |  |

|  |
| --- |
| VIH/SIDA HA |
| **HA1**. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de algo más.¿Alguna vez ha oído hablar del VIH o SIDA? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **HA2**. El VIH es el virus que puede conducir al SIDA.¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el VIH teniendo solamente una pareja sexual no infectada que no tenga otras parejas sexuales? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA3**. ¿Pueden las personas contagiarse con el VIH a través de la picadura de un mosquito? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA4**. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el VIH usando condón cada vez que mantienen relaciones sexuales? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA5**. ¿Pueden las personas contagiarse del VIH al compartir la comida con una persona que tenga el VIH? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA6**. ¿Pueden las personas contagiarse del VIH por brujería o por otros medios sobrenaturales? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA7**. ¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el VIH? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA8**. ¿Puede el VIH ser transmitido de madre a hijo/a:[A] Durante el embarazo? [B] Durante el parto? [C] Mientras está amamantando? |  sí No nsDurante el embarazo 1 2 8Durante el parto 1 2 8amamantando 1 2 8 |  |
|  |
| **HA9**. Verifique HA8 [A], [B] y [C]: ¿Al menos un ‘Sí’ registrado? | sí 1No 2 | 2*⇨HA11* |
| **HA10**.¿Hay medicamentos especiales que un médico o una enfermera puedan dar a una mujer infectada con el VIH para reducir el riesgo de transmitírselo al bebé? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA11**. Verifique CM17: ¿Hubo algún nacido vivo en los últimos dos años? Copie el nombre del último nacimiento que aparece en el historial de nacimientos (CM18) aquí y úselo donde se indica: Nombre  | sí, CM17=1 1No, CM17=0 o EN BLANCO 2 | 2*⇨HA24* |
| **HA12**. Verifique MN2: ¿Se recibió atención prenatal? | sí, MN2=1 1No, MN2=2 2 | 2*⇨HA17* |
| **HA13**. Durante cualquier visita prenatal a lo largo de su embarazo de (***nombre***), ¿se le dio información sobre:[A] bebés que se infectan del VIH de su madre?[B] lo que usted puede hacer para evitar contagiarse del VIH?[C] hacerse una prueba del VIH? ¿Se le:[D] ofreció hacerle una prueba para el VIH? |  sí No nsvih de la madre 1 2 8Cosas que hacer 1 2 8Hacerse la prueba del VIH 1 2 8Se le ofreció una prueba para el vih 1 2 8 |  |
| **HA14**. No quiero saber los resultados, pero ¿se le hizo alguna prueba para detectar el VIH como parte de sus cuidados prenatales? | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨HA17*8*⇨HA17* |
| **HA15**. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba? | sí 1No 2ns 8 | 2*⇨HA17*8*⇨HA17* |
| **HA16**. Después de recibir los resultados, ¿le dieron alguna información de salud o consejería relacionada con el VIH? | sí 1No 2ns 8 |  |
| **HA17**. Verifique MN20: ¿Nació el niño/a en un centro de salud? | sí, MN20=21-36 1No, MN20=11-12 ó 96 2 | 2*⇨HA21* |
| **HA18**. ¿Se le ofreció alguna prueba para detectar el VIH entre el momento de su llegada para el parto y antes de que naciera el bebé? | sí 1No 2 |  |
| **HA19**. No quiero saber los resultados, pero ¿se hizo la prueba del VIH en ese momento? | sí 1No 2 | 2*⇨HA21* |
| **HA20**. No quiero saber los resultados, pero ¿obtuvo los resultados de la prueba? | sí 1No 2 | 1*⇨HA22*2*⇨HA22* |
| **HA21**. Verifique HA14: ¿Se realizó una prueba del VIH a la entrevistada como parte de la atención prenatal? | sí, HA14=1 1No o no hay respuesta, HA14≠1 2 | 2*⇨HA24* |
| **HA22**. ¿Se ha hecho una prueba del VIH desde aquella vez que le hicieron la prueba durante su embarazo? | sí 1No 2 | 1*⇨HA25* |
| **HA23**. ¿Cuántos meses hace de su prueba del VIH más reciente? | hace menos de 12 meses 1hace 12-23 meses 2hace 2 o más años 3 | 1*⇨HA28*2⇨*HA28*3⇨*HA28* |
| **HA24**. No quiero saber los resultados, pero ¿alguna vez se hecho la prueba del VIH? | sí 1No 2 | 2*⇨HA27* |
| **HA25**. ¿Cuántos meses hace de su prueba del VIH más reciente? | hace menos de 12 meses 1hace 12-23 meses 2hace 2 o más años 3 |  |
| **HA26**. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió los resultados de esa prueba? | sí 1No 2ns 8 | 1*⇨HA28*2*⇨HA28*8*⇨HA28* |
| **HA27**. ¿Conoce algún lugar al que la gente puede ir para que se le haga una prueba del VIH? | sí 1No 2 |  |
| **HA28**. ¿Ha oído hablar de kits de prueba que las personas pueden usar para hacerse ellas mismas la prueba del VIH? | sí 1No 2 | 2*⇨HA30* |
| **HA29**. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba del VIH usando un kit de auto-prueba? | sí 1No 2 |  |
| **HA30**. ¿Usted le compraría verduras frescas a un tendero o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH? | sí 1No 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA31**. ¿Cree usted que se debe permitir a los niños/as que viven con el VIH asistir a la escuela con niños/as que no tienen el VIH? | sí 1No 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA32**. ¿Cree usted que las personas dudan en hacerse una prueba del VIH porque tienen miedo de cómo reaccionarán otras personas si el resultado de la prueba es positivo? | sí 1No 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA33**. ¿Se habla mal de las personas que viven con el VIH, o de las que se cree que viven con el VIH? | sí 1No 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA34**. ¿Las personas que viven con el VIH, o las que se cree que viven con el VIH, pierden el respeto de otras personas? | sí 1No 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA35**. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?Me avergonzaría si alguien de mi familia tuviera el VIH. | de acuerdo 1en desacuerdo 2ns / No está segura / Depende 8 |  |
| **HA36**. ¿Teme que podría contraer el VIH si entra en contacto con la saliva de una persona que vive con el VIH? | sí 1No 2dice que tiene el VIH 7ns / No está segura / Depende 8 |  |

|  |
| --- |
| mortalidad materna mm |
| **MM1**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas; es decir, todos los niños/as nacidos de su madre biológica. Por favor, incluya a todos los hermanos y hermanas que estén viviendo con usted, a los que vivan en cualquier otro lugar ya los que hayan fallecido. |
|  ¿A cuántos niños/as dio a luz su madre, incluida usted? | Número de nacimientosde madre biológica \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM2**. Verifique MM1: ¿Cuántos nacimientos? | un nacimiento (solo la entrevistada) 1dos o más nacimientos 2 | 1*⇨Fin* |
| **MM3**. ¿Cuántos de estos nacimientos tuvo su madre antes de que usted naciera? | Número de nacimientos anteriores \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [S1]mayor | [S2]2o mayor | [S3]3er mayor | [S4]4o mayor |
| **MM4**. ¿Qué nombre se le dio a su hermano/a (***título de columna***)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MM5**. ¿Es (***nombre***) hombre o mujer?  | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 |
| **MM6**. ¿Está (***nombre***) vivo/a todavía?  | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* |
| **MM7**. ¿Qué edad tiene (***nombre***)?  |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |
| **MM8**. ¿Cuántos años hace que falleció (***nombre***)? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9**. ¿Qué edad tenía (***nombre****)* cuando falleció? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM10**. *Verifique MM5:* ¿Es el hermano varón? | Sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 |
| **MM11**. *Verifique MM9: ¿El hermano/a falleció antes de cumplir 12 años?* | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 |
| **MM12**. ¿Estaba (***nombre***) embarazada cuando falleció?  | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 |
| **MM13**. ¿Falleció (***nombre***) durante el parto? | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 |
| **MM14**. ¿Falleció (***nombre***) durante los dos meses siguientes al final de un embarazo o parto? | sí 1No 2 | sí 1No 2 | sí 1No 2 | sí 1No 2 |
| **MM15**. ¿Cuántos niños/as vivos dio a luz (***nombre***) a lo largo de su vida? | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| **MM16**. *Verifique MM4: ¿Hay un hermano/a más joven?* | sí 1 *⬂**[S2]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S3]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S4]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S5]*No 2 *⬂**Fin* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [S1]5o mayor | [S2]6o mayor | [S3]7o mayor | [S4]8o mayor |
| **MM4**. ¿Qué nombre se le dio a su hermano/a (***título de columna***)? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **MM5**. ¿Es (***nombre***) hombre o mujer?  | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 | HOMBRE 1mujer 2 |
| **MM6**. ¿Está (***nombre***) vivo/a todavía?  | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* | sí. 1No 2 *⬂**MM8*ns 8 *⬂**MM16* |
| **MM7**. ¿Qué edad tiene (***nombre***)?  |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |  \_\_\_ \_\_\_ ⬂MM16 |
| **MM8**. ¿Cuántos años hace que falleció (***nombre***)? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM9**. ¿Qué edad tenía (***nombre****)* cuando falleció? | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| **MM10**. *Verifique MM5:* ¿Es el hermano varón? | Sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 |
| **MM11**. *Verifique MM9: ¿El hermano/a falleció antes de cumplir 12 años?* | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 | sí 1 *⬂**MM16*No 2 |
| **MM12**. ¿Estaba (***nombre***) embarazada cuando falleció?  | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 |
| **MM13**. ¿Falleció (***nombre***) durante el parto? | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 | sí 1 *⬂**MM15*No 2 |
| **MM14**. ¿Falleció (***nombre***) durante los dos meses siguientes al final de un embarazo o parto? | sí 1No 2 | sí 1No 2 | sí 1No 2 | sí 1No 2 |
| **MM15**. ¿Cuántos niños/as vivos dio a luz (***nombre***) a lo largo de su vida? | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| **MM16**. *Verifique MM4: ¿Hay un hermano/a más joven?* | sí 1 *⬂**[S2]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S3]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S4]*No 2 *⬂**Fin* | sí 1 *⬂**[S5]*No 2 *⬂**Fin* |
|  |  |  |  | *Marque aquí si se usó un cuestionario adicional:* **🞎** |

|  |
| --- |
| consumo de tabaco y alcohol TA |
| **TA1**. ¿Alguna vez ha probado fumar cigarrillos, aunque sea una o dos pitadas?  | sí 1No 2 | 2*⇨TA6* |
| **TA2**. ¿Cuántos años tenía usted cuando fumó un cigarrillo entero por primera vez? | Nunca fumó un cigarrillo entero 00edad \_\_\_ \_\_\_ | 00*⇨TA6* |
| **TA3**. ¿Fuma cigarrillos actualmente? | sí 1No 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, registre la cantidad de días.* *Si son 10 días o más, pero menos de un mes, registre “10”.* *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, registre “30”.* | Número de días 0 \_\_\_10 días o más, pero menos de un mes 10Todos los días / casi todos los días 30 |  |
| **TA6**. ¿Ha probado alguna vez algún otro producto con tabaco fumable que no sean cigarrillos, por ejemplo, puros, pipa de agua, cigarros o pipa? | sí 1No 2 | 2*⇨TA10* |
| **TA7**. Durante el último mes, ¿consumió algún producto con tabaco fumable?  | sí 1No 2 | 2*⇨TA10* |
| **TA8**. ¿Qué clase de producto con tabaco fumable consumió o fumó durante el último mes?  *Registre todos los productos mencionados.* | puros Apipa de agua BCigarRos CPipa DOtro (*especifique*) X |  |
| **TA9**. durante el último mes, ¿cuántos días consumió (***nombres de productos mencionados en TA8***)?  *Si son menos de 10 días, registre la cantidad de días.* *Si son 10 días o más, pero menos de un mes, registre “10”.* *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, registre “30”.* | Número de días 0 \_\_\_10 días o más, pero menos de un mes 10Todos 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 1No 2 | 2*⇨TA14* |
| **TA11**. En el último mes, ¿consumió algún producto con tabaco no fumable/sin humo? | sí 1No 2 | 2*⇨TA14* |
| **TA12**. ¿Qué clase de producto con tabaco no fumable/sin humo consumió durante el último mes?  *Registre todos los productos mencionados.* | Tabaco de mascar ARapé SECO BRapé húmedo COtro (*especifique*) X |  |
| **TA13**. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió (***nombres de productos mencionados en TA12***)? *Si son menos de 10 días, registre la cantidad de días.* *Si son 10 días o más, pero menos de un mes, registre “10”.* *Si contesta “todos los días” o “casi todos los días”, registre “30”.* | Número de días 0 \_\_\_10 días o más, pero menos de un mes 10Todos los días / casi todos los días 30 |  |
| **TA14**. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de alcohol. ¿Ha consumido alcohol alguna vez? | sí 1No 2 | 2*⇨Fin* |
| **TA15**. Consideramos un trago de alcohol como una lata o botella de cerveza, un vaso de vino o un chupito/trago de coñac, vodka, whisky 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 00edad \_\_\_ \_\_\_ | 00*⇨Fin* |
| **TA16**. Durante el último mes, ¿cuántos días consumió por lo menos un trago de alcohol?  *Si la entrevistada no tomó ninguno, registre “00”.*  *Si son menos de 10 días, registre la cantidad de días.* *Si son 10 días o más, pero menos de un mes, registre “10”.* *Si responde “todos los días” o “casi todos los días”, registre “30”.* | No tomó un trago de alcohol en el último mes 00Número de días 0 \_\_\_10 días o más, pero menos de un mes 10Todos los días / casi todos los días 30 | 00*⇨Fin* |
| **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**. Me gustaría hacerle ahora algunas preguntas sencillas sobre su felicidad y satisfacción.  Primero, considerando todos los aspectos de su vida, ¿diría usted que es muy feliz, algo feliz, ni feliz ni infeliz, un poco infeliz o muy infeliz?  Voy a mostrarle estas imágenes para ayudarla con su respuesta. *Muestre la tarjeta con las caras y explíquele el significado de cada símbolo. Registre el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.*  | Muy feliz ………………………………………..1Algo feliz ………………………………………2Ni feliz ni infeliz ……………………………..3Un poco infeliz ………………………………..4Muy infeliz 5 |  |
| **LS2**. *Muestre la imagen de la escalera.*Ahora mire esta escalera con peldaños numerados de 0 en la parte inferior a 10 en la superior.Supongamos que la parte superior de la escalera representa la mejor vida posible para usted y la parte inferior representa la peor vida posible para usted. ¿En qué peldaño de la escalera se ubica en este momento? *Indague* *si es necesario*: ¿Qué peldaño se acerca más a la forma en que usted se siente? | peldaño de la escalera \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **LS3**. Comparado con este mismo momento del año pasado, ¿diría usted que su vida en general ha mejorado, se ha mantenido más o menos igual o ha empeorado? | mejorado 1Mantenido más o menos igual 2empeorado 3 |  |
| **LS4**. ¿Y en un año, cree usted que la vida será mejor, más o menos igual o peor? | mejor 1más o menos igual 2PEOR 3 |  |

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

**MEJOR VIDA POSIBLE**

**PEOR VIDA POSIBLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WM10.** *Registre la hora.* | Horas y minutos \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| **WM11**. *¿La entrevista se completó en privado o había alguien más durante toda la entrevista o parte de ella?* | Si, toda la entrevista se completó en privado 1No, otros estaban presentes durante toda la entrevista(*especifique*) 2No, otros estaban presentes durante parte de la entrevista (*especifique*) 3 |  |
| **WM12.** *Idioma del cuestionario.* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3 |  |
| **WM13.** *Idioma de la entrevista.* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3Otro idioma (*especifique*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6 |  |
| **WM14**.*Lengua materna de la entrevistada* | ESPAÑOL 1idioma 2 2idioma 3 3Otro idioma (*especifique*) 6 |  |
| **WM15***. ¿Se utilizó un intérprete para alguna parte de la entrevista?* | sí, para todo el cuestionario 1sí, para parte del cuestionario 2No, no se utilizó 3 |  |
| **WM16**. Verifique las columnas HL10 y HL20 en el LISTADO DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO DE HOGAR:¿La entrevistada es la madre o cuidadora de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar? **🞎** Sí ⇨ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque ‘01’. Luego vaya al    CUESTIONARIO de NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada. **🞎** No ⇨ Verifique HH26-HH27 en el CUESTIONARIO DE HOGAR: ¿Hay un niño/a de 5 a 17 años de edad seleccionado para el CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS DE 5 a 17 AÑOS? **🞎** Sí ⇨ Verifique la columna HL20 en el LISTAdo DE MIEMBROS DEL HOGAR, CUESTIONARIO de HOGAR: ¿Es la entrevistada la madre o cuidadora del niño/a seleccionado para el CUESTIONARIO de NIÑOS/as DE 5 a 17 años en este hogar? **🞎** Sí ⇨Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque ‘01’. Luego vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS DE 5 a 17 AÑOS para ese niño/a e inicie la entrevista con esta entrevistada.**🞎** No ⇨ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque ‘01’. Termine la entrevista con esta persona agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para este hogar. **🞎** No ⇨ Vaya a WM17 en el PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER y marque ‘01’. Termine la entrevista con esta persona, agradeciéndole por su cooperación. Compruebe si hay otros cuestionarios para este hogar. |
| **Observaciones de la entrevistadora** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observaciones del supervisor/a** |
|  |