|  |  |
| --- | --- |
| MICS logo ALLCUESTIONARIO de MUJER  [nombre del país] | |
|  | |
| PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER WM | |
| Este cuestionario debe ser aplicado a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, 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 \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Repetir el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer:*  Somos de (afiliación específica del país). Estamos trabajando en un proyecto sobre salud familiar y educación. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente (cantidad) minutos. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto. | | *Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:*  Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Esta entrevista durará aproximadamente (cantidad) minutos. De nuevo, toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencialidad y las respuestas que usted proporcione no serán compartidas con ninguna otra persona que no sea alguien de nuestro equipo de proyecto. |
| ¿Puedo comenzar ahora?   * Sí, se concede permiso ⇨ *Vaya a WM10 para anotar la hora y luego comenzar la entrevista*. * No, no se concede permiso ⇨ Complete WM7. Discuta el resultado con su supervisor. | | |
| WM7. Resultado de la entrevista con la mujer | Completa 01  Ausente 02  Rechazo 03  Incompleta 04  Incapacitada 05  Otro (especifique) 96 | |

|  |  |
| --- | --- |
| WM8. Editado en campo por (Nombre y número):  Nombre \_\_\_ \_\_\_ | WM9. Digitado por (Nombre y número):  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 es menos de 1 grado, anote “00”* | Grado \_\_ \_\_ |  |
| WB6. Verifique WB4:    🞎 Secundaria o superior ⇨ Vaya al Siguiente Módulo  🞎 *Primaria ⇨ Continúe con WB7* | | |
| WB7. Ahora, me gustaría que me lea esta frase.  Muestre las frases 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 (códigos 2, 3 o 4) ⇨ Continúe con MT2  **🞎** No puede leer nada o es ciega (códigos 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 |  |
| módulo de mortalidad en la niñez CM | | |
| *Todas las preguntas se refieren sólo a NIÑOS NACIDOS VIVOS/NIÑAS NACIDAS VIVAS.* | | |
| 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/ a, 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/ a 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 mujeres 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)/(una niña) 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. Marque abajo la casilla apropiada:  **🞎** No nacidos vivos ⇨ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD  **🞎** Uno o más nacidos vivos ⇨ Continúe con el módulo de HISTORIA DE NACIMIENTOS  **🞎** No ⇨ Verifique las respuestas de CM1-CM10 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con el Módulo de HISTORIA DE NACIMIENTOS o con el Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD | | |

|  |
| --- |
| HISTORIA 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 una línea separada. 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?  1 Único  2 Múltiple | BH3.  ¿Es (nombre) hombre o mujer?  1 Hombre  2 Mujer | 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 niño/a en Cuestionario de Hogar (en 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 menos de 1mes; anote meses si 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 |
| 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 |
| 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 la Historia de Nacimientos*)? | | | | | | | Sí 1  No 2 | | | | | 1⇨Anote nacidos/as en la Historia de Nacimientos |

|  |
| --- |
| CM12. *Compare el número en CM10 con el número de nacimientos de la Historia 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 la HISTORIA DE NACIMIENTOS: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la entrevista) de **2010**  **🞎** 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. ⇨ Anote el nombre del último niño nacido/la última niña nacida y continúe con el siguiente módulo  Nombre del ultimo 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 debe aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique el módulo de mortalidad infantil CM13 y anote aquí el nombre del último hijo nacido / última hija nacida \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique. | | |
| DB1. Cuando quedó embarazada de (*nombre*), ¿quería usted quedar embarazada en ese momento? | Sí. 1  No 2 | 1⇨Siguiente  Módulo |
| DB2. ¿Quería usted tener un hijo más adelante o no quería tener (más) hijos? | Más adelante 1  No más 2 | 2⇨Siguiente  Módulo |
| DB3. ¿Cuánto más tiempo quería usted esperar? | Meses 1\_\_ \_\_  Años 2 \_\_ \_\_  No sabe 998 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| módulo de salud materna y del recién nacido MN | | | |
| Este módulo debe aplicarse a todas las mujeres con nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique el módulo de mortalidad en la niñez CM13 y anote aquí el nombre del último nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, 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 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 |  | |
| MN3. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo? | 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 algún carné u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?  ¿Puedo verlo, por favor?  Si se presenta el carné, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas. | Sí (vio el carné) 1  Sí (no vio el carné) 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*)?  Si fueron siete veces o más, anote ‘7’. | Número de veces \_\_  No sabe 8 | 8⇨MN9 | |
| MN8. Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informaron 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? | 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 siete 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*)? | 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 estas visitas prenatales para el embarazo, ¿tomó alguna medicación para prevenirse de contraer 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 respecto de la medicación tomada:  🞎 Tomó SP/Fansidar.⇨ Continúe con MN16  🞎 No tomó SP/Fansidar.⇨ Vaya a MN17 | | | |
| MN16. Durante este embarazo, ¿cuántas veces tomó SP/Fansidar? | 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, escribir el nombre del lugar.    (Nombre del lugar) | Hogar  Su casa 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 panza para  sacar al bebé? | Sí. 1  No 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. ¿Fue (nombre) pesado al nacer? | Sí. 1  No 2  No sabe 8 | 2⇨MN23  8⇨MN23 |
| MN22. ¿Cuánto pesó (nombre)?  Transcriba el peso del carné de salud, si está disponible. | Del carné 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 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 una 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 \_\_ \_\_  No sabe/no recuerda 998 |  |
| MN26. Durante los tres primeros días después del parto, ¿se le dio algo de tomar a (*nombre*) que no sea 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 (sin aditivos) 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 debe aplicarse a todas las mujeres con nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista.  Verifique el módulo de mortalidad en la niñez CM13 y anote aquí el nombre del último nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique. | | |
| PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en un centro de salud?    **🞎** Sí, nació en un centro de salud (MN18=21-26 o 31-36) ⇨ Continúe con PN2  **🞎** No, no nació en un centro de salud (MN18=11-12 o 96) ⇨ Vaya a PN6 | | |
| PN2. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca a 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 \_\_ \_\_  No sé / recuerdo 998 |  |
| PN3. Me gustaría hablarle acerca de las evaluaciones de salud de (*nombre*) después del parto – por ejemplo, alguien ha examinado a (*nombre*), para revisar el cordón o ver si (*nombre*) estaba bien.  ¿Antes de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en la MN18*), alguien evaluó el 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 ha examinado.  ¿Alguien examinó las condiciones de su salud antes de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en la MN18*)? | Sí... 1  No 2 |  |
| PN5. Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que paso después de que se fue de (*nombre o tipo de centro en la MN18*).  ¿Alguien examinó las condiciones de salud de (*nombre*) después de que se fuera de (*nombre o tipo de centro en la 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 u otro 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 ver si (*nombre*) estuviese 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, quiero decir evaluar su condición de salud, por ejemplo haciéndole preguntas acerca a 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. ¿En cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?  PN12B. ¿En 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 \_\_ \_\_  No sabe/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  Su hogar 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, nació en un centro de salud (MN18=21-26 o 31-36) ⇨ Continúe con PN16  **🞎** No, 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 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 u otro trabajador/a de salud  (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇨ Vaya a PN19 | | | |
| PN18. ¿Después de que terminó el parto y que se fuera (*persona o personas en la 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. ¿En cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?  PN21B. ¿En 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 \_\_ \_\_  No sabe/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  Su hogar 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 Hogar, columna HL9*  ¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?  **🞎** Sí ⇨ Continúe con IS2.  **🞎** No ⇨ Vaya al Siguiente Módulo. | | |
| IS2. Algunas veces, los niños tienen enfermedades severas y deben ser llevados inmediatamente a una institución de salud.  ¿Qué tipos de síntomas harían que usted lleve al niño a una institución 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 no puede ingerir líquido o amamantarse A  El niño empeora B  El niño comienza a tener fiebre C  El niño tiene respiración rápida D  El niño tiene dificultades para respirar E  El niño tiene sangre en las heces F  El niño ingiere poco líquido G  Otro (especifique) X  Otro (especifique) Y  Otro (especifique) Z |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| módulo de 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⇨Siguiente  Módulo |
| 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 | 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  Amenorrea por Lactancia (MELA) K  Abstinencia periódica / Ritmo L  Retiro M  Otro (*especifique*) X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| necesidad insatisfecha 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 quedó embarazada, ¿quería estar embarazada en ese momento? | Sí. 1  No 2 | | 1⇨UN4 |
| UN3. ¿Quería usted tener un hijo más tarde o no quería tener más hijos? | Más tarde. 1  No más 2 | |  |
| UN4. Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo que ahora está esperando, ¿le gustaría tener otro hijo o preferiría no tener más hijos? | Tener otro hijo. 1  No más/Ninguno 2  No ha decidido/No sabe 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 o preferiría no tener ningún (más) hijo(s)? | | Tener (un/otro) hijo. 1  No más/Ninguno 2  Dice que no puede quedar embarazada 3  No ha decidido/No sabe 8 | 2⇨UN9  3⇨UN11  8⇨UN9 |
| UN7. ¿Cuánto le gustaría esperar hasta el nacimiento de (un/otro) hijo? | | Meses 1 \_\_ \_\_  Años 2 \_\_ \_\_  Pronto/Ahora 993  Dice que no puede quedar embarazada 994  Después del casamiento 995  Otro 996  No sabe 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 quedar embarazada? | Sí……………………………. 1  No....................................... 2  No sabe ....................................... 8 | | 1 ⇨UN13  8 ⇨UN13 |
| UN11. ¿Por qué cree que no es físicamente capaz de quedar embarazada? | Relaciones sexuales infrecuentes /No tiene relaciones sexuales A  Menopausia B  Nunca menstruó C  Histerectomía (extirpación quirúrgica  del útero) D  Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados E  Amenorrea postparto F  Amamantamiento G  Muy vieja H  Fatalista I  Otro (especifique) X  No sabe 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/ corte FG | | |
| FG1. ¿Ha escuchado 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 escuchado 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 que 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 que he anotado correctamente, usted tiene (número total en FG9) hijas vivas.  ¿Correcto?  **🞎** Si  **🞎** 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 = Si | | |
| FG11. *Pregunte a la persona entrevistada (el nombre de su hija)/(los nombres de sus hijas), comenzando con la hija menor (si es más de una hija). Escriba el nombre de cada hija en FG12. Realice 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?* | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 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? | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 1  No 2    *Si contestó “No”, pase a FG13 para la siguiente hija. Si no hay más hijas pase a FG22* | Si 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? | Si 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Si 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Si 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 | Si 1  ⇨FG19  No 2  No sabe 8 |
| FG18. ¿Se realizó sólo un corte en el área genital sin remover carne? | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 1  No 2  No sabe 8 |
| FG19. ¿Se cosió el área genital para cerrarla?  Si es necesario, indague:  ¿Se selló? | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 1  No 2  No sabe 8 | Si 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?  [C] Si ella discute con él?  [D] Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?  [E] Si ella quema la comida? | | Sí No NS  Sale sin avisarle 1 2 8  Descuida a los niños 1 2 8  Discute con él 1 2 8  Se niega a tener relaciones sexuales………………………….1 2 8  Quema la comida……………….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? | 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 |  |
| MA8. ¿En qué mes y qué año se casó usted por primera vez o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada? | Fecha de primer matrimonio o unión  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 hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay 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 brinda será tratada con total confidencialidad.  ¿Qué edad tenía usted cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? | Nunca tuvo 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 tuvo relaciones sexuales, se utilizó condón? | Sí. 1  No 2  No sabe/No recuerda 8 |  |
| SB3. ¿Cuándo fue la última vez que usted tuvo relaciones sexuales?  *Anote la respuesta en “años” sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años.*  *Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.* | Hace días 1 \_\_ \_\_  Hace semanas 2 \_\_ \_\_  Hace meses 3 \_\_ \_\_  Hace años 4 \_\_ \_\_ | 4⇨SB15 |
| SB4. ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales, se utilizó condón? | Sí. 1  No 2 |  |
| SB5. ¿Qué relación tenía usted con quien tuvo relaciones sexuales la última vez?  Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de 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  Compañero 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 del compañero sexual \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |
| SB8. ¿Ha tenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses? | Sí. 1  No 2 | 2⇨SB15 |
| SB9. ¿La última vez que usted tuvo relaciones sexuales con esa persona se utilizó condón? | Sí. 1  No 2 |  |
| SB10. ¿Qué relación tenía con esa persona?  Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual  Si es el “novio” preguntar:  ¿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 tenido relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses? | Sí. 1  No 2 | 2⇨SB15 |
| SB14. En total, ¿con cuántos hombres diferentes ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses? | Cantidad de compañeros \_\_ \_\_ |  |
| SB15. En total, ¿con cuántas personas diferentes ha tenido 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 mayor a 95, anote “95”. | Numero de compañeros en toda su vida \_\_ \_\_  No sabe 98 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| módulo de 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 a través de 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 tienen 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 adquirir el 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 lactando o  amamantando? | Sí No NS  Durante el embarazo 1 2 8  Durante el parto 1 2 8  Lactando/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 nacimiento vivo en los últimos dos años  🞎 No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇨ Vaya a HA24.  🞎 Uno o más nacimientos 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 durante su embarazo con (*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 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 consejería  después de obtener el resultado.  ¿Recibió usted consejería 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⇨ Continúe con HA20  **🞎**  No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud⇨ 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 el momento del parto? | Sí .................................................................1  No 2 | 2⇨HA24 |
| HA21. No quiero saber los resultados, pero ¿recibió usted los resultados de esa prueba? | Sí .................................................................1  No 2 |  |
| HA22. ¿Le han hecho otra 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 dos 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 dos 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 | | |
| Ahora me gustaría formularle algunas preguntas sobre sus hermanos y hermanas; es decir, todos los niños/as nacidos a 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. | | |
| MM1. ¿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? | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S2]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S3]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S4]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S5]* |
| 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 a 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 (antes de este embarazo)? | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| 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? | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S6]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S7]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S8]* | \_\_\_ \_\_\_  *Sí es varón o falleció antes de los 12 años, vaya a [S9]* |
| 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 a 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 (antes de este embarazo)? | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* | *\_\_\_ \_\_\_* |
| 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 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 y no ya 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 10  Todos los días / Casi todos los días 30 | 00⇨Siguiente  Módulo |
| TA17. En el último mes, en los días que tomó alcohol, ¿cuántos tragos tomó por lo general? | Número de tragos \_\_\_ \_\_\_ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NIVEL DE Satisfacción de vida ls** | | |
| LS1. *Verifique WB2: ¿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 un poco feliz, ni feliz ni infeliz, o un poco infeliz o muy infeliz?    También puede mirar estas fotos para ayudarla con su respuesta.  *Muestre Lado 1 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule la respuesta indicada por la entrevistada.* | Muy feliz 1  Un poco 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 es muy satisfecha, un poco satisfecha, ni satisfecha ni insatisfecha, un poco insatisfecha o muy insatisfecha.    También puede mirar estas fotos para ayudarla con su respuesta.  *Muestre Lado 2 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule la respuesta indicada por la entrevistada para LS3 a LS13.*  ¿Cuán satisfecha está usted con su vida familiar? | Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS4. ¿Cuán satisfecha está con sus amistades? | Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS5. Durante el año escolar (**actual / 2011-2012**), ¿asistió a la escuela en algún momento? | Sí. 1  No 2 | 2⇨LS7 |
| LS6. ¿Cuán satisfecha está con su escuela? | Muy satisfecha 1  Un poco 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 empleo, circule “0” y continúe con la próxima pregunta.*  *No indague como se sienta de no tener empleo, a menos que se le menciona así mismo.* | No tiene empleo 0  Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS8. ¿Cuán satisfecha está con su salud? | Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS9. ¿Cuán satisfecha está con el lugar donde vive?  *De ser necesario, explíquele que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.* | Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS10. ¿Cuán satisfecha, en general, está con cómo le tratan la gente a sus alrededores? | Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS11. ¿Cuán satisfecha está con su apariencia? | Muy satisfecha 1  Un poco 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  Un poco 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”.*  *No indague como se sienta de no tener ingresos, a menos que se le menciona así mismo.* | No tiene ingresos 0  Muy satisfecha 1  Un poco satisfecha 2  Ni satisfecha ni insatisfecha 3  Un poco insatisfecha 4  Muy insatisfecha 5 |  |
| LS14. ¿Comparado a este momento el 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 Formulario del Listado de Hogares, columna HL9.  ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de (algún niño/alguna niña) de 0 a 4 años que vive en este hogar?  🞎 Sí ⇨Vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para (ese niño/esa niña)  y empiece la encuesta con la entrevistada.  🞎 No ⇨ Finalice la encuesta con esta entrevistada agradeciéndole por su cooperación.  Verifique la presencia de algún otro elegible hombre o mujer o niño(a) menor de cinco años en el hogar. | |
| **Observaciones de la Entrevistadora** |
|  |

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

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

**Tarjeta de Respuesta:**

**Lado 1**

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

**Lado 2**

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