

Encuesta

sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia

Cuestionario de la mujer (de 15 a 49 años)

Número del hogar:

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PTO. MUESTRA

HOGAR

WM1A. ¿En qué mes y año nació usted?

MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM1B. ¿Cuántos años tiene?

Edad:



Este cuestionario debe ser aplicado a las mujeres de 15 a 49 años de edad (ver el Formulario de Listado de Hogares, columna LH5A).

WM1. Número del conglomerado:

PROVINCIA	DEPARTAMENTO	FRACCIÓN	RADIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM2. Número del hogar:

PTO. MUESTRA	HOGAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

WM3. Nombre de la mujer:

Nombre:

WM4. Número de línea de la mujer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

WM5. Nombre y número del entrevistador/a:

Nombre: Número:

WM6. Día / Mes / Año de la entrevista:

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

⚠ Repetir el saludo de introducción si no fue leído anteriormente a esta mujer

🗨 Somos de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Estamos trabajando en conjunto con Unicef en un proyecto sobre condiciones de vida de los niños y adolescentes. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. La entrevista durará aproximadamente **cinco** 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 **cinco** 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.

¿Podemos comenzar ahora?

SÍ, se concede permiso ▶ Comenzar la entrevista.

NO, no se concede permiso ▶ completar **WM7**. Discuta el resultado con su jefe de campo.

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer

<input type="checkbox"/> 01 Completa	<input type="checkbox"/> 04 Incompleta
<input type="checkbox"/> 02 Ausente	<input type="checkbox"/> 05 Incapacitada
<input type="checkbox"/> 03 Rechazo	<input type="checkbox"/> 96 Otro (especifique)

WM8. Editada en campo por:

Nombre:
Número:

WM9. Supervisada por:

Nombre:
Número:

WM10. Cargada por:

Nombre:
Número:

Módulo de salud materna y del recién nacido

MN1. ¿Ha dado usted a luz alguna vez?

1 Sí

2 No ▶ a módulo **CP**

MN2. ¿Cuál fue la fecha de su primer nacimiento?
Me refiero a la primera vez que usted ha dado a luz, aunque el niño/a no esté vivo o sea de otro hombre diferente a su actual esposo/compañero.

Día	<input type="text"/>
No sabe el día	<input type="text"/> 98
Mes	<input type="text"/>
No sabe el mes	<input type="text"/> 98
Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ▶ MN4
No sabe el año	<input type="text"/> 9998

MN3. ¿Hace cuántos años que usted tuvo su primer nacimiento?

Años completos desde el primer nacimiento

MN4. ¿En que fecha dio a luz a su último hijo/hija (aún cuando él/ella haya fallecido)?

Se deben anotar el día, mes y el año.

Fecha del último nacimiento / /

No sabe el día **98**

Verifique MN4:

Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2009

No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ a módulo **CP**

Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ pregunte el nombre del último niño nacido

Nombre del niño/niña:

⚠ Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes.

MN5. ¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (nombre)?	<input type="checkbox"/> 1 Sí
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ MN9

MN6. ¿A quién consultó? • ESPONTÁNEA <i>Indague: ¿alguna otra persona?</i> <i>Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud	
	Médico <input type="checkbox"/> A	Técnica obstétrica/partera profesional <input type="checkbox"/> C
	Enfermera <input type="checkbox"/> B	
	Otra persona	
	Partera tradicional o comadrona <input type="checkbox"/> F	Trabajadora de salud comunitaria <input type="checkbox"/> G
	Otro	<input type="checkbox"/> X

MN7. ¿Cuántos chequeos prenatales recibió durante este embarazo? • ESPONTÁNEA	Cantidad	<input type="text"/>
	Cinco o más	<input type="checkbox"/> 5
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8

MN8. Como parte de su chequeo prenatal, ¿se realizaron las siguientes pruebas, al menos una vez?:		Sí	No
	A. ¿Le tomaron la presión arterial?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	B. ¿Le tomaron una muestra de orina?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	C. ¿Le tomaron una muestra de sangre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

MN9. Cuando estaba embarazada de (Nombre), ¿recibió la inyección antitetánica, es decir una inyección en la cola para prevenir que al bebé le diera tétanos, es decir convulsiones después de nacer?	Sí	<input type="checkbox"/> 1
	No	<input type="checkbox"/> 2 ▶ MN11
	Ya se la habían dado previamente al embarazo	<input type="checkbox"/> 3 ▶ MN11
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8 ▶ MN11

MN10. ¿Cuántas veces recibió la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (Nombre)? <i>Si fueron tres veces o más, anote '3'.</i>	Número de veces	<input type="text"/>
	No sabe	<input type="checkbox"/> 8

MN11. ¿(Nombre) nació por cesárea?	Sí	<input type="checkbox"/> 1
	No	<input type="checkbox"/> 2

MN12. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el nacimiento de (Nombre) hasta que le dio el pecho por primera vez? • ESPONTÁNEA <i>Si la respuesta es "menos de una hora", circule "1" y anote "00" horas.</i>	Inmediatamente	<input type="checkbox"/> 0
	Horas	<input type="checkbox"/> 1 ¿cuántas? <input type="text"/> <input type="text"/>
	Días	<input type="checkbox"/> 2 ¿cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>
	Nunca le dio el pecho	<input type="checkbox"/> 3
	Falleció antes de darle el pecho	<input type="checkbox"/> 4
	No sabe/no recuerda	<input type="checkbox"/> 8

CP1. Me gustaría hablar con usted de otro tema: planificación familiar.
¿Está usted embarazada ahora?

<input type="checkbox"/> 1	Sí, actualmente embarazada ▶ a módulo DV
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No está segura o no sabe

CP2. Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo. ¿Está usted o su pareja actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No ▶ a módulo DV

CP3. ¿Qué están haciendo usted y/o su pareja ahora para demorar o evitar un embarazo?

• **ESPONTÁNEA**
No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.

<input type="checkbox"/> A	Esterilización femenina	<input type="checkbox"/> H	Preservativo femenino
<input type="checkbox"/> B	Esterilización masculina	<input type="checkbox"/> I	Diafragma
<input type="checkbox"/> C	DIU	<input type="checkbox"/> J	Gel espermicida
<input type="checkbox"/> D	Inyecciones	<input type="checkbox"/> K	Amenorrea por Lactancia/amamantamiento
<input type="checkbox"/> E	Implantes de hormonas	<input type="checkbox"/> L	Abstinencia periódica/Ritmo
<input type="checkbox"/> F	Pastillas anticonceptivas	<input type="checkbox"/> M	Retiro/Coitus interruptus
<input type="checkbox"/> G	Preservativo masculino	<input type="checkbox"/> X	Otro

Actitud frente a la violencia doméstica

DV1. A veces, el hombre está molesto o se enoja por cosas que su mujer hace. En su opinión, ¿se justifica que el hombre le pegue a su mujer en las siguientes situaciones....

	Sí	No	NS
Si ella sale sin avisarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella descuida a los niños?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella discute con él?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella se niega a tener relaciones sexuales con él?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
Si ella quema la comida?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8

Módulo de VIH/SIDA

HA1. Ahora me gustaría hablar con usted acerca de la información que usted posee sobre algunos temas de salud.
¿Alguna vez ha oído hablar sobre una enfermedad llamada SIDA?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No ▶ WM11

HA2. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA teniendo una pareja sexual que no tenga el SIDA ni tenga otras parejas?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA3. ¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA por compartir el mate?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA4. ¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando preservativos cada vez que tienen relaciones sexuales?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA5. ¿Puede una persona contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?

<input type="checkbox"/> 1	Sí
<input type="checkbox"/> 2	No
<input type="checkbox"/> 8	No sabe

HA6. ¿Pueden las personas adquirir el virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada de SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe			
HA7. ¿Es posible que una persona de aspecto saludable tenga el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe			
HA8. ¿Sabe ud. si el virus del SIDA puede ser transmitido de la madre al hijo:		Sí	No	NS
	Durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	Durante el parto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	Mientras está lactando o amamantando?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA10. ¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que esta persona tiene el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA11. Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿querría ud. que eso permaneciera en secreto?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA12. Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿estaría dispuesta a cuidarlo/a en la casa de usted?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe/No está segura/Depende			
HA13. Verifique MN4: <i>Algún nacimiento vivo en los últimos dos años</i>				
<input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ HA18				
<input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años ▶ HA14				
HA14. Verifique MN5: <i>Recibió chequeo prenatal</i>				
<input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal ▶ HA15				
<input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ▶ HA18				
HA15. Durante cualquier control prenatal durante su embarazo de (Nombre), ¿se le dio información sobre...		Sí	No	NS
	A. bebés que se infectan del virus del SIDA de su madre?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	B. lo que usted puede hacer para evitar contagiarse con el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	C. la importancia de hacerse una prueba del virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8
	D. se le ofreció hacerle una prueba para el virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 1 Sí			
	<input type="checkbox"/> 2 No ▶ WM11			
	<input type="checkbox"/> 8 No sabe ▶ WM11			

A series of horizontal dashed lines for writing observations.

