

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>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.</i>		
WM1. Número de segmento: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de línea de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: ____ / ____ / _____	

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

Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea lo siguiente:

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 ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y LAS RESPUESTAS QUE USTED PROPORCIONE NO SERÁN COMPARTIDAS CON NINGUNA OTRA PERSONA QUE NO SEA ALGUIEN DE NUESTRO EQUIPO DE PROYECTO.

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 ESTRUCTA 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 tomar anotar la hora y luego comenzar la entrevista.*
- No, no se concede permiso ⇒ Completar WM7. Discuta el resultado con su supervisora.*

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completa..... 01 Ausente..... 02 Rechazo 03 Incompleta..... 04 Incapacitada..... 05 Otro (<i>especifique</i>) _____ 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? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIÓ USTED EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</i> <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años completos)..... : ..	
WB2A. ¿NACIÓ USTED EN COSTA RICA?	Sí. 1 No..... 2	01⇒ WB3
WB2B. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO ESTÁ EN COSTA RICA?	Hace días..... 1 : .. Hace semanas 2 : .. Hace meses 3 : .. Hace años 4 : ..	
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 EL SISTEMA EDUCATIVO?	Preescolar 0 Primaria 1 Secundaria 2 Superior 3	0⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si es menos de 1 grado, anote "00"</i>	Grado..... : ..	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria o superior ⇒ Vaya al Siguiente Módulo <input type="checkbox"/> Primaria ⇒ Continúe con WB7		
WB7. ¿PUEDE USTED LEER AL MENOS UNA PARTE DE ESTA FRASE? <i>Muestre las frases a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i>	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 <i>(especifique el idioma)</i> Ciega/muda, vista/dificultad al hablar 5	

NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS CM

Todas las preguntas se refieren sólo a (niños nacidos vivos)/ (niñas nacidas vivas).

<p>CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS HIJOS (AS) QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ?</p>	<p>Sí. 1 No..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>CM12. DE (número total) HIJOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO (AÚN CUANDO ÉL/ ELLA HAYA FALLECIDO)? Se deben anotar el mes y el año.</p>	<p>Fecha del último parto: Día __ __ No sabe el día 98 Mes..... __ __ Año __ __ __</p>	
<p>CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2009</p> <p><input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al Módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.</p> <p><input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Pregunte el nombre del niño Nombre del niño / de la niña _____</p> <p>Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los módulos siguientes.</p> <p>Continúe con el siguiente módulo.</p>		

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.

<p>DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí. 1 No 2</p>	<p>1⇒Siguiente módulo</p>
<p>DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?</p>	<p>Más adelante..... 1 No más..... 2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR?</p>	<p>Meses 1 __ Años..... 2 __ No sabe..... 998</p>	

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. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?	Sí. 1 No.....2	2⇒MN5												
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico general/obstetra A Enfermera general.....B Enfermera obstétrica.....I Comadrona auxiliar.....C Otra persona Partera tradicional.....F Trabajadora de salud comunitariaG Otro (<i>especifique</i>)..... X													
MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO?	Número de consultas..... __ __ No sabe 98													
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL 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?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">Sí</td> <td style="text-align:right;">No</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre</td> <td style="text-align:right;">1</td> <td style="text-align:right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	Presión arterial	1	2	Muestra de orina	1	2	Muestra de sangre	1	2	
	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? <i>Si se presenta el carné, úselo para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i>	Sí (vio el carné) 1 Sí (no vio el carné)..... 2 No 3 No sabe 8													
MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿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 sabe8	2⇒MN9 8⇒MN9												
MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron siete veces o más, anote '7'.</i>	Número de veces..... __ No sabe 8	8⇒MN9												
MN8. Cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informaron en MN7?														

<input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN11.A <input type="checkbox"/> Menos de dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9		
MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO?	Sí. 1 No.....2 No sabe.....8	2⇒MN11A 8⇒MN11A
MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)? <i>Si fueron siete o más veces, anote '7'.</i>	Cantidad de veces _ No sabe 8	8⇒MN11A
MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?	Hace (años)..... _ _	
MN11A. INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO ¿RECIBIÓ LA INYECCIÓN CONTRA LA TOSFERINA PARA EVITAR EL CONTAGIO EN EL BEBÉ?	Sí. 1 No 2 No sabe 8	
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague: ¿ALGUIEN MÁS?</i> <i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	Profesional de la salud: Médico general/obstetra..... A Enfermera generalB Comadrona auxiliarC Enfermera obstétrica I Otra persona Partera tradicional F Trabajadora de salud comunitaria... ..G Pariente/Amiga(o)..... H Otro (<i>especifique</i>) X NadieY	

<p>MN18. ¿DÓNDE DIO A LUZ A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del lugar</i>)</p>	<p>Hogar</p> <p>Su casa 11</p> <p>Otra casa 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital de la CCSS.....21</p> <p>Clínica del la CCSS / centro de salud22</p> <p>Sede de EBAIS.....23</p> <p>Otra institución pública (<i>especifique</i>)26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado.....31</p> <p>Clínica privada32</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>)36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. ¿NACIÓ (NOMBRE) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE SACARON EL BEBÉ POR EL ESTÓMAGO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No2</p>	
<p>MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?</p>	<p>Muy grande1</p> <p>Más grande que el promedio.....2</p> <p>Tamaño promedio3</p> <p>Más pequeño que el promedio4</p> <p>Muy pequeño.....5</p> <p>No sabe8</p>	
<p>MN21. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No2</p> <p>No sabe8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p>MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Transcriba el peso del carné de salud, si está disponible.</i></p>	<p>Del carné 1 (kg) _ . _ _ _</p> <p>De memoria 2 (kg) _ . _ _ _</p> <p>No sabe99998</p>	
<p>MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p>	
<p>MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No2</p>	<p>2⇒Siguiente módulo</p>
<p>MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>NOMBRE</i>) POR PRIMERA VEZ?</p> <p><i>Si la respuesta es “menos de una hora”, anote ‘00’ horas.</i></p> <p><i>Si la respuesta es ‘menos de 24 horas’, anote horas.</i></p>	<p>INMEDIATAMENTE..... 000</p> <p>HORAS 1 _ _</p> <p>DÍAS 2 _ _</p>	

<i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	NO SABE/NO RECUERDA..... 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO SEA LECHE MATERNA?	Sí. 1 No 2	2⇒ Siguiente Módulo
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>NOMBRE</i>) DE TOMAR? <i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?	Leche (que no sea leche materna) A Agua del tubo/sin aditivos B Agua dulce o agua con azúcar 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 (<i>especifique</i>) X	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD		IS
<p>IS1. Verifique el Listado de Hogar, columna HL9</p> <p>¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Continúe con IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Vaya al Siguiente Módulo.</p>		
<p>IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD.</p> <p>¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVE AL NIÑO A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?</p> <p>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</p> <p><i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero NO induzca la respuesta con sugerencias</i></p>	<p>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 (<i>especifique</i>) X Otro (<i>especifique</i>) Y Otro (<i>especifique</i>) Z</p>	

MÓDULO DE ANTICONCEPCION		CP
<p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</p> <p>¿ESTÁ USTED EMBARAZADA AHORA?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No está segura o no sabe..... 8</p>	1⇒Siguiete módulo
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No 2</p>	2⇒Siguiete Módulo
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA RETRASAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</p>	<p>Esterilización femenina A</p> <p>Esterilización masculina B</p> <p>DIU C</p> <p>Inyecciones D</p> <p>Implantes E</p> <p>Píldoras F</p> <p>Condón masculino..... G</p> <p>Condón femenino H</p> <p>Diafragma I</p> <p>Jalea/Espuma J</p> <p>Amenorrea por Lactancia K</p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo..... L</p> <p>Retiro M</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p>	



NECESIDAD INSATISFECHA		UN
UN1. <i>Verifique CP1. Está embarazada actualmente.</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5		
UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí. 1 No 2	1⇒UN4
UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS?	Más adelante..... 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. <i>Verifique CP3. Está utilizando ahora "Esterilización femenina"?</i> <input type="checkbox"/> Sí. ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> 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 matrimonio o unión.....995 Otro.....996 No sabe.....998	994⇒UN11
UN8. <i>Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</i> <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		
UN9. <i>Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?</i>		

<input type="checkbox"/> Si ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No ⇒ Continúe con UN10		
UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	SÍ.....1 No.....2 No sabe8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes /No tiene relaciones sexuales.....A MenopausiaB Nunca menstruó.....C Histerectomía (le sacaron útero o matriz)D Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultadosE Amenorrea postpartoF AmamantamientoG Muy mayorH Cree que no puede y no sabe porque.....I No le ha venido la menstruación desde el ultimo parto.....J Otro (<i>especifique</i>)X No sabe.....Z	
UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”? <input type="checkbox"/> Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiete Módulo <input type="checkbox"/> No mencionado ⇒ Continúe con UN13		
UN13. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO TUVO SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN?	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	

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV
<p>DV1. A VECES, UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO 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:</p> <p>[A] SI ELLA SALE SIN AVISARLE?</p> <p>[B] SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS?</p> <p>[C] SI ELLA DISCUTE CON ÉL?</p> <p>[D] SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?</p> <p>[E] SI ELLA QUEMA LA COMIDA?</p>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Sale sin avisarle.....1 2 8</p> <p>Descuida a los niños1 2 8</p> <p>Discute con él1 2 8</p> <p>Se niega a tener relaciones sexuales.....12 8</p> <p>Quema la comida.....1 2 8</p>	
<p>DV2. DE IGUAL FORMA, A VECES, UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO CUANDO SE MOLESTA O SE ENOJA CON SU ESPOSA NOVIA O COMPAÑERA, MALTRATA O GOLPEA A SUS HIJOS/AS O A LOS NIÑOS/AS QUE HAYA EN LA CASA.</p> <p>EN SU OPINIÓN, ¿ESTÁ JUSTIFICADO QUE UN ESPOSO, NOVIO O COMPAÑERO GOLPEE O MALTRATE A SUS HIJOS/AS O A LOS NIÑOS/AS QUE HAYA EN LA CASA EN ESTA SITUACIÓN?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe..... 8</p>	

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
<p>MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O EN UNIÓN LIBRE?</p>	<p>Sí, actualmente casada 1</p> <p>Sí, actualmente en unión libre 2</p> <p>No..... 3</p>	3⇒MA5
<p>MA2. ¿CUÁNTO AÑOS CUMPLIDOS TIENE SU PAREJA?</p> <p>INDAGUE: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU ESPOSO/ PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS?</p>	<p>Edad en años.....__ __</p> <p>No sabe.....98</p>	⇒MA7 98⇒MA7
<p>MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O EN UNIÓN LIBRE?</p>	<p>Sí, casada en el pasado 1</p> <p>Sí, en unión libre en el pasado 2</p> <p>No 3</p>	3⇒Siguiente Módulo
<p>MA6. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?</p>	<p>Viuda 1</p> <p>Divorciada..... 2</p> <p>Separada..... 3</p>	
<p>MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O EN UNIÓN LIBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Sólo una vez 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	
<p>MA8. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ O SE UNIÓ USTED POR PRIMERA VEZ?</p>	<p>Fecha de primer matrimonio o unión</p> <p>Mes__ __</p> <p>No sabe en qué mes98</p> <p>Año__ __ __ __</p> <p>No sabe en qué año 9998</p>	9998⇒Siguiente módulo
<p>MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMER ESPOSO/ PAREJA?</p>	<p>Edad en años.....__ __</p>	

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 COMPRESIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA. RECUERDE QUE LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDA SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca ha tenido relaciones sexuales.....00 Edad en años..... _ _ Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) esposo/pareja.....95	00⇒Siguiente módulo
SB2. ¿SE UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?	Sí. 1 No 2 No sabe/No recuerda..... 8	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES? <i>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.</i>	Hace días 1 _ _ Hace semanas..... 2 _ _ Hace meses..... 3 _ _ Hace años 4 _ _	4⇒SB15
SB4. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?	Sí. 1 No 2	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON LA PERSONA CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? <i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de relaciones sexuales. Si es el "novio", pregunte: ¿VIVÍAN JUNTOS EN UNIÓN, ES DECIR COMO ESTUVIERAN CASADOS? Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"</i>	Esposo 1 Compañero conviviente..... 2 Novio..... 3 Compañero casual..... 4 Otro (especifique) 6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Verifique MA1: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) ⇒ Pase a SB8 <input type="checkbox"/> No casada/No en una unión (MA1 = 3) ⇒ Continúe con SB7		
SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA? <i>Si la respuesta es "no sabe", indague: ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i>	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. ¿SE UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA?	Sí. 1 No 2	
SB10. ¿CUÁL ERA SU RELACIÓN CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i> <i>Si es el "novio" preguntar:</i> ¿VIVÍAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS? <i>Si la respuesta es "sí", circule "2"</i> <i>Si la respuesta es "no", circule "3"</i>	Esposo 1 Compañero conviviente 2 Novio 3 Compañero casual 4 Otro (<i>especifique</i>) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> 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) ⇒ Pase a SB13 <input type="checkbox"/> Otro ⇒ Continúe con SB12		
SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA? <i>Si la respuesta es "no sabe", indague:</i> ¿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 CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de personas __ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es mayor a 95, anote "95".</i>	Numero de personas en toda su vida __ __ No sabe 98	

MÓDULO DE VIH/SIDA														
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR SOBRE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí. 1 No..... No sabe.....	2⇒WM11												
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DEL VIRUS DEL SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI QUE TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
HA3A ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR COMPARTIR EL MISMO INODORO?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS DEL SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
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..... No sabe.....													
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. 1 No..... No sabe.....													
HA8. ¿PUEDE EL VIRUS DEL SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO: [A] DURANTE EL EMBARAZO? [B] DURANTE EL PARTO? [C] MIENTRAS ESTÁ DANDO DE MAMAR?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dando de mamar.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Durante el embarazo.....	1	2	Durante el parto.....	1	2	Dando de mamar.....	1	2	
	Sí	No												
Durante el embarazo.....	1	2												
Durante el parto.....	1	2												
Dando de mamar.....	1	2												
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA O MAESTRO TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE DANDO CLASES?	Sí. 1 No..... No sabe/No está segura/Depende.....													

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN PULPERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	Sí. 1 No.....1 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?	Sí1 No.....1 No sabe/No está segura/Depende	
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.....1 No sabe/No está segura/Depende	
HA13. Verifique CM13: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.		
HA14. Verifique MN1: Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales ⇒ Vaya a HA24		
HA15. ¿DURANTE ALGUNAS DE LAS CITAS DE 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?	Si 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?	Sí1 No No sabe.....	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Sí. 1 No No sabe.....	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 No sabe.....	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22

<p>HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B, C o I)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto ⇒ Continúe con HA20</p> <p><input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud ⇒ Vaya a HA24</p>		
<p>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?</p>	<p>Sí1</p> <p>No</p>	<p>2⇒HA24</p>
<p>HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?</p>	<p>Sí1</p> <p>No</p>	
<p>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?</p>	<p>Sí1</p> <p>No</p>	<p>1⇒HA25</p>
<p>HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Hace menos de 12 meses</p> <p>12-23 meses atrás</p> <p>Hace dos o más años</p>	<p>1⇒WM11</p> <p>2⇒ WM11</p> <p>3⇒ WM11</p>
<p>HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No</p>	<p>2⇒HA27</p>
<p>HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?</p>	<p>Hace menos de 12 meses</p> <p>12-23 meses atrás</p> <p>Hace dos o más años</p>	
<p>HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?</p>	<p>Sí. 1</p> <p>No</p> <p>No sabe.....</p>	<p>1⇒WM11</p> <p>2⇒WM11</p> <p>8⇒WM11</p>
<p>HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sí1</p> <p>No</p>	

<p>WM11. Anote la hora.</p>	<p>Hora y minutos : ..</p>	
-----------------------------	----------------------------------	--

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 alguna otra mujer elegible o niño(a) menor de cinco años en el hogar.

Observaciones de la Entrevistadora

Observaciones del Editor de Campo

Observaciones del Supervisor