

## Apéndice F2. Cuestionario de mujeres



REPÚBLICA DOMINICANA  
Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadística



### ② Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR - MICS 2014)

#### CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS

Los datos solicitados son estrictamente confidenciales de acuerdo al Art. 12 de la ley No.5096 de Mayo de 1959.

No. del  
Cuestionario

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL				
WM1- Unidad Primaria de Muestreo (UPM).....				
WM1A- No. de orden del hogar ocupado en el registro .....				
WM2- No. de orden del hogar en la muestra .....				
WM3- Nombre de la mujer entrevistada .....				
WM4- Número de línea de la mujer entrevistada.....				
<p>REPITA EL SALUDO DE INTRODUCCIÓN SI NO FUE LEÍDO ANTERIORMENTE A ESTA MUJER.</p> <p>Somos de la Oficina Nacional de Estadística, estamos llevando a cabo una encuesta sobre la situación de los niños, niñas, las familias y los hogares. Me gustaría conversar con usted acerca de estos temas. Toda la información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencial y anónima.</p>		<p>REPITA EL SALUDO DE INTRODUCCIÓN SI NO FUE LEÍDO ANTERIORMENTE A ESTA MUJER.</p> <p>Ahora me gustaría conversar sobre su salud y otros temas. Toda información que recojamos se mantendrá bajo estricta confidencial y anónima.</p>		
VISITAS PARA ENTREVISTA				
	1	2	3	Fecha del resultado de la entrevista de la mujer
Fecha (dd/mm/aa).....				WM6- Día Mes Año 2 0 1 4
Nombre de la entrevistadora .....				
Resultado de visita.....				WM6A- Número total de visitas.....
Próxima visita: fecha .....				WM7- Resultado final de la entrevista.....
hora .....				
CÓDIGOS PARA EL RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DE MUJER				
ENTREVISTADORA: ENCIERRE Y ANOTE EL CÓDIGO DE RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA DE MUJER (WM7)				
Completada.....				01
Ausente.....				02
Rechazada.....				03
Parcialmente completada.....				04
Incapacitada para responder.....				05
Otro .....				96
(Especifique)				
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA ENCUESTA				
WM5- Nombre y código de la entrevistadora .....				
WM5A- Nombre y código de la supervisora .....				Fecha de revisión ____ / ____ / 2014
WM8- Nombre y código del(la) crítico codificador(a) .....				
WM9- Nombre y código del(la) digitador(a) .....				
WM10- Anote la hora y los minutos de inicio:		Hora		Minutos

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>ANTECEDENTES DE LA MUJER</b>			
ESTE CUESTIONARIO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD (VERIFIQUE LA LISTA DE MUJERES ELEGIBLES PREGUNTA HL7 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR). LLENE UN CUESTIONARIO PARA CADA MUJER ELEGIBLE.			
WB1	<p>¿En qué día, mes y año nació usted?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA ENTREVISTADA NO SABE SU FECHA DE NACIMIENTO PROCURE ESTIMAR EL MES Y EL AÑO</p> </div>	<p>Fecha de nacimiento:</p> <p>Día..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe el día..... 98</p> <p>Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
WB2	<p>¿Cuántos años tiene usted?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Cuántos años cumplió usted en su último cumpleaños?</p> </div>	<p>Edad en años cumplidos..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<b>ENTREVISTADORA: COMPARE PREGUNTA WB1 Y PREGUNTA WB2 SI SON DIFERENTES CORRIJA Y LUEGO CONTINUE CON LA ENTREVISTA.</b>			
WB3	<p>¿Ha asistido usted alguna vez a la escuela o colegio?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 →WB7</p>	
WB4	<p>¿Cuál es el nivel más alto al que ha asistido usted en la escuela o colegio?</p>	<p>Inicial o Pre-escolar..... 0 →WB7</p> <p>Básica o Primaria..... 1</p> <p>Media o Secundaria..... 2</p> <p>Universitario o Superior..... 3</p>	
WB5	<p>¿Cuál es el curso o año más alto que usted completó en ese nivel?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI NO COMPLETÓ EL PRIMER CURSO O AÑO DE ESTE NIVEL, ANOTE "00"</p> </div>	<p>Curso ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<b>WB6 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB4</b>			
<p>Si la respuesta es "1" <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "2" ó "3" <input type="checkbox"/> → MT1</p>			
WB7	<p>Ahora, me gustaría que usted me leyera esta frase.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> MUESTRE LAS FRASES EN LA TARJETA A LA PERSONA ENTREVISTADA. SI NO PUEDE LEER LA FRASE COMPLETA, INDAGUE: ¿Puede leerme parte de la frase?</p> </div>	<p>No puede leer nada.....1</p> <p>Puede leer sólo parte de la frase..... 2</p> <p>Puede leer la frase completa..... 3</p> <p>La frase no estaba en el idioma requerido..... 4 (Especifique el idioma)</p> <p>Ciega o impedida de la vista..... 5</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			<b>MT</b>
MT1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA WB7:</b> La entrevistada no puede leer nada, es ciega o impedida de la vista (WB7=1 ó 5) <input type="checkbox"/> → MT3  La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) <input type="checkbox"/> La entrevistada puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7=2, 3 ó 4) <input type="checkbox"/>		
MT2	¿Con qué frecuencia lee usted 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	¿Con que frecuencia escucha usted 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 usted la televisión, 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	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB2 (EDAD)</b>  La entrevistada tiene de 15 a 24 años de edad <input type="checkbox"/>	La entrevistada tiene de 25 a 49 años de edad <input type="checkbox"/>	→ CM1
MT6	¿Alguna vez usó usted una computadora?	Sí..... 1 No..... 2 → MT9	
MT7	¿Ha usado usted una computadora en algún lugar en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 → MT9	
MT8	En el último mes, ¿Con qué frecuencia usó usted 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 usted Internet?	Sí..... 1 No..... 2 → CM1	
MT10	En los últimos 12 meses ¿Usó usted alguna vez Internet? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI RESPONDE "NO", INDAGUE SI SE USÓ EN ALGÚN LUGAR, CON CUALQUIER DISPOSITIVO.	Sí..... 1 No..... 2 → CM1	
MT11	En el último mes, ¿Con qué frecuencia usó usted 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	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>FECUNDIDAD - HISTORIAL DE NACIMIENTOS</b>		<b>CM</b>	
CM1	Ahora me gustaría preguntarle acerca de todos los nacimientos que ha tenido usted durante toda su vida, ¿Ha dado usted a luz alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2 → CM8	
CM4	¿Tiene usted algún hijo(s) o hija(s) a quién haya dado a luz y que esté ahora viviendo con usted?	Sí..... 1 No..... 2 → CM6	
CM5	¿Cuántos hijos varones viven con usted ahora?  ¿Cuántas hijas viven con usted ahora?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Hijos varones viviendo en casa.. <input type="text"/> <input type="text"/>  Hijas viviendo en casa..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM6	¿Tiene algún hijo(s) o hija(s) vivo a quién haya dado a luz pero que no esté viviendo con usted ahora?	Sí..... 1 No..... 2 → CM8	
CM7	¿Cuántos hijos varones están vivos pero no viven con usted?  ¿Cuántas hijas están vivas pero no viven con usted?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Hijos varones viviendo en otro lugar. <input type="text"/> <input type="text"/>  Hijas viviendo en otro lugar..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM8	¿Ha dado usted a luz alguna vez algún hijo o hija que nació vivo pero falleció después?  <b>ENTREVISTADORA: SI LA RESPUESTA ES "NO", INDAGUE PREGUNTANDO LO SIGUIENTE:</b>  Me refiero a un(a) niño(a) que alguna vez respiró, lloró, o mostró algún signo de vida aún cuando haya estado vivo(a) por sólo unos pocos minutos u horas.	Sí..... 1 No..... 2 → CM10	
CM9	¿Cuántos niños varones suyo han fallecido?  ¿Cuántas niñas suya han fallecido?  <b>ENTREVISTADORA:</b> EN CUALQUIERA DE LOS DOS CASOS, SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, ANOTE '00'.	Niños varones fallecidos..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Niñas fallecidas..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM10	<b>ENTREVISTADORA: SUME LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS CM5, CM7 Y CM9.</b>	Total de hijos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM11	Sólo para asegurarme de que tengo la información correcta, usted tuvo en total (NÚMERO TOTAL EN CM10) nacidos vivos a lo largo de su vida. ¿Es así?  <input type="checkbox"/> Sí. → Verifique abajo: <input type="checkbox"/> No nacidos vivos → Pase a "Síntomas de enfermedad" <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos → Continúe con el módulo de Historial de nacimientos  <input type="checkbox"/> No. → Verifique las respuestas de las preguntas CM1 a CM10 y HAGA LAS CORRECCIONES NECESARIAS ANTES DE CONTINUAR CON EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS O MÓDULO DE SÍNTOMAS DE ENFERMEDADES, PÁGINA 15.		

## HISTORIAL DE NACIMIENTOS

**BH**

Ahora me gustaría anotar los nombres de todos sus hijos o hijas nacidos a los que haya dado a luz, estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo. EN LA PREGUNTA BH1, ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS. REGISTRE LOS GEMELOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS. SI HAY MÁS DE 13 HIJOS NACIDOS, USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL.

No. Línea	BH1 ¿Cuál es el nombre de su primer hijo o hija? LUEGO PREGUNTE: ¿Cuál es el nombre de su segundo hijo o hija?	BH2 ¿Alguno de estos nacimientos fue de mellizos o gemelos?	BH3 ¿Es (nombre) varón o hembra?	Mes	Año	Sí No	Pasé a BH9	Edad	Sí No	Número de línea	BH8 ANOTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EL NÚMERO DE HIJO O HIJA (DE HL1)  ANOTE "00" SI EL HIJO O HIJA NO ESTÁ EN LA LISTA DE MIEMBROS.	Pasé a BH9	BH6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)?  ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS SI ES MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	BH7 ¿Vive (nombre) con usted?	BH9 SI HA FALLECIDO PREGUNTE: ¿Qué edad tenía (nombre) cuando falleció?  ENTREVISTADORA: SI ES UN "1 AÑO", ¿Cuántos meses tenía (nombre)?  SI ES MENOS DE 1 MES: ANOTE NO. DE DÍAS. SI ES MENOS DE 2 AÑOS: ANOTE NÚMERO DE MESES. SI 2 O MÁS AÑOS ANOTE NÚMERO DE AÑOS	BH10 ¿Hubo algún otro hijo nacido vivo entre anterior) y (nombre), inclusive cualquier hijo(a) que falleciera después de nacer?	Unidad		Sí No		
																	Días..... 1	Meses..... 2		Años..... 3	
01		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH9									
02		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido
03		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido
04		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido
05		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido
06		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido
07		1 2	1 2			1 2	BH9		1 2			BH10								1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido

HISTORIAL DE NACIMIENTOS												BH					
Ahora me gustaría anotar los nombres de todos sus hijos o hijas nacidos a los que haya dado a luz, estén vivos o no, empezando por el primero que tuvo. EN LA PREGUNTA BH1, ANOTE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS. REGISTRE LOS GEMELOS Y TRILLIZOS EN LÍNEAS SEPARADAS. SI HAY MÁS DE 13 HIJOS NACIDOS, USE UN CUESTIONARIO ADICIONAL.																	
No. Línea	BH1 ¿Cuál es el nombre de su primer hijo o hija? LUEGO PREGUNTE: ¿Cuál es el nombre de su segundo hijo o hija? LUEGO CONTINUE PREGUNTANDO LOS NOMBRES DE LOS SIGUIENTES HIJOS E HIJAS.	BH2 ¿Alguno de estos nacimientos fue de mellizos o gemelos?	BH3 ¿Es (nombre) varón o hembra?	BH4 ¿En qué mes y año nació (nombre)? ENTREVISTADORA: INDAGUE ¿Cuándo es su cumpleaños?	BH5 ¿Está (nombre) vivo o viva?	Pase a preg.	BH6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (nombre)? ANOTE LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS SI ES MENOR DE UN AÑO ANOTE "00"	BH7 ¿Vive (nombre) con usted?	BH8 ANOTE DEL CUESTIONARIO DE HOGAR EL NÚMERO DE LINEA DEL HIJO O HIJA (DE HL1) ANOTE "00" SI EL HIJO O HIJA NO ESTÁ EN LA LISTA DE MIEMBROS.	Pase a preg.	BH9 SI HA FALLECIDO PREGUNTE: ¿Qué edad tenía (nombre) cuando falleció? ENTREVISTADORA: SI ES UN "1 AÑO", ¿Cuántos meses tenía (nombre)? SI ES MENOS DE 1 MES: ANOTE NO. DE DÍAS SI ES MENOS DE 2 AÑOS: ANOTE NÚMERO DE MESES SI 2 O MÁS AÑOS ANOTE NÚMERO DE AÑOS	BH10 ¿Hubo algún otro hijo nacido vivo entre (nombre del nacido anterior) y (nombre), inclusive cualquier hijo(a) que falleciera después de nacer?	Sí No				
													Unidad	Número	Sí	No	
08		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
09		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
10		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
11		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
12		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
13		1 2	1 2		1 2	BH9						1 2	1 2	Añada el otro nacido siguiente nacido	2		
BH11 ¿Ha tenido usted algún hijo nacido vivo desde el nacimiento de (nombre del último hijo nacido en el módulo de historial de nacimientos)?												Sí..... 1		No..... 2		ANOTE EL HIJO(S) NACIDO(S) EN EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
CM12A	<b>ENTREVISTADORA</b> , COMPARE EL NÚMERO EN LA PREGUNTA CM10 CON EL NÚMERO DE NACIMIENTOS EN EL MÓDULO HISTORIAL DE NACIMIENTOS DE LA PÁGINA 5 Y 6, VERIFIQUE: Los números son iguales <input type="checkbox"/>	Si los números son diferentes, <input type="checkbox"/> indague y corrija	
CM13	VERIFIQUE BH4 EN EL HISTORIAL DE NACIMIENTOS: EL ÚLTIMO NACIMIENTO FUE EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS; ES DECIR, DESDE (MES DE LA ENTREVISTA) DE <b>2012</b> , SI EL MES DE LA ENTREVISTA Y EL MES DEL NACIMIENTO ES EL MISMO, Y EL AÑO DEL NACIMIENTO ES <b>2012</b> , CONSIDERE ESTO COMO UN NACIMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS). <b>CONSULTE LA TABLA DE REFERENCIA.</b> <input type="checkbox"/> No tuvo hijos nacidos vivos en los últimos dos años. → Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD(IS1) <input type="checkbox"/> Uno o más hijos nacidos vivos en los dos últimos años. → Anote el nombre del último niño o niña nacida y continúe con el siguiente módulo . Nombre del último niño nacido o niña nacida _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">             SI EL NIÑO(A) HUBIERA FALLECIDO, TENGA CUIDADO ESPECIAL CUANDO SE REFIERA A ESTE NIÑO(A) POR SU NOMBRE EN LOS SIGUIENTES MÓDULOS.           </div>		
<b>ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO</b>		<b>DB</b>	
	<b>ENTREVISTADORA</b> , ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON UN HIJO NACIDO VIVO EN LOS DOS (2) AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA. VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANÓTELO EN LA LÍNEA CORRESPONDIENTE _____. UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO O LA NIÑA EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA		
DB1	Cuando quedó embarazada de (nombre), ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento?	Sí..... 1 → MN1 No..... 2	
DB2	¿Quería usted tener un hijo(a) más adelante o ya no quería tener (más) hijos(as)?	Más adelante..... 1 No más..... 2 → MN1	
DB3	¿Cuánto tiempo más quería usted esperar? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>              ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO LA EXPRESE LA ENTREVISTADA           </div>	Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 998	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO</b>			<b>MN</b>
	ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS DOS (2) AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA. VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANOTELO EN LA LÍNEA CORRESPONDIENTE: _____ UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO(A) EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA.		
MN1	¿Consultó usted a alguien para el chequeo prenatal cuando estaba embarazada de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	→MN5
MN2	¿A quién consultó?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Alguna otra persona?  INDAGUE A QUÉ TIPO DE PERSONA CONSULTÓ Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Otro..... X (Especifique)	
MN2A	¿De cuántas semanas o meses estaba usted embarazada cuando recibió chequeo prenatal por primera vez para éste embarazo?  <b>ENTREVISTADORA:</b> ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO LA DIGA LA ENTREVISTADA	Semanas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Meses..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	
MN3	¿Cuántos chequeos prenatales recibió usted durante este embarazo?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL NÚMERO DE VECES EN QUE RECIBIÓ ATENCIÓN PRENATAL. SI SE DA UN RANGO, REGISTRE EL NÚMERO MÍNIMO DE VECES DE ATENCIÓN PRENATAL RECIBIDA.	Número de veces..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	
MN4	Como parte de su chequeo prenatal, ¿Le 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?	<b>Sí No</b> Presión arterial..... 1 2 Muestra de orina..... 1 2 Muestra de sangre..... 1 2	
MN5	¿Tiene usted alguna tarjeta u otro documento donde aparezcan sus vacunas aplicadas?  <b>ENTREVISTADORA:</b> PÍDALE POR FAVOR QUE LE MUESTRE LA TARJETA O DOCUMENTO.  SI SE MUESTRA LA TARJETA, ÚSELA PARA AYUDARSE CON LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.	Sí (ví la tarjeta)..... 1 Sí (no ví la tarjeta)..... 2 No..... 3 No sabe..... 8	
MN6	Cuando usted estaba embarazada de (nombre), ¿Recibió alguna inyección en el brazo u hombro para prevenir que al bebé le diera tétano, es decir, convulsiones después de nacer?	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe..... 8	} MN9
MN7	¿Cuántas veces recibió usted la inyección antitetánica cuando estaba embarazada de (nombre)?	Número de veces..... <input type="text"/> No sabe..... 8	→MN9



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
MN8	<b>ENTREVISTADORA, ¿DE CUÁNTAS INYECCIONES ANTITETÁNICAS DURANTE EL ÚLTIMO EMBARAZO SE INFORMÓ EN MN7?</b> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. <input type="checkbox"/>	Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo <input type="checkbox"/>	<b>MN17</b>
MN9	¿Recibió usted alguna inyección antitetánica en algún momento antes de estar embarazada de (nombre), sea para protegerla a usted o a otro(a) niño(a)?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	<b>MN17</b>
MN10	¿Cuántas veces recibió usted una inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI FUERON 7 O MÁS VECES, ANOTE "7".	Número de veces..... <input type="checkbox"/> No sabe..... 8	<b>MN17</b>
MN11	¿Cuántos años hace que recibió usted la última inyección antitetánica antes de estar embarazada de (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI FUE MENOS DE UN (1) AÑO, ANOTE "00".	Hace ..... <input type="text"/> años	
MN17	¿Quién la atendió en el parto de (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Alguien más?  INDAGUE QUÉ TIPO DE PERSONA LA ATENDIÓ Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS RESPUESTAS  SI LA ENTREVISTADA DICE QUE NADIE LA ATENDIÓ, INDAGUE PARA DETERMINAR SI HABÍA ADULTOS PRESENTES EN EL MOMENTO DEL PARTO.	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D  <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro _____ X (Especifique)	
MN18	¿Dónde dio a luz a (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE LUGAR.  SI NO SE PUEDE DETERMINAR SI FUE PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.  _____ (Nombre del lugar)	<b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa..... 12  <b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público _____ 26 (Especifique)  <b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36  Otro _____ 96 (Especifique)	<b>MN20</b>
MN19	¿Nació (nombre) por cesárea? Es decir, ¿Le cortaron su barriga para sacar al bebé?	Sí..... 1 No..... 2	<b>MN20</b>

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
MN19A	¿Cuándo se decidió que el parto fuera por cesárea? ¿Antes de los dolores o después que empezaron los dolores?	Antes..... 1 Después..... 2	
MN20	Cuando nació (nombre), ¿Era él o ella muy grande, era más grande que el promedio, era tamaño promedio, era más pequeño que el promedio o muy pequeño?	Muy grande..... 1 Más grande que el promedio..... 2 Tamaño promedio..... 3 Más pequeño que el promedio..... 4 Muy pequeño..... 5 No sabe..... 8	
MN21	¿Se pesó a (nombre) al nacer?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	} MN23
MN22	¿Cuánto pesó (nombre)?  <b>ENTREVISTADORA:</b> TRANSCRIBA EL PESO DE LA TARJETA DE SALUD, SI ESTÁ DISPONIBLE.	De la tarjeta.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> lb. <input type="text"/> <input type="text"/> Onza De la memoria.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> lb. <input type="text"/> <input type="text"/> Onza No sabe o no recuerda.....99998	
MN23	¿Le volvió su período menstrual después del nacimiento de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	
MN24	¿Alguna vez le dió usted el pecho o seno a (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	Módulo PN → Pág. 11
MN25	¿Cuánto tiempo después del nacimiento le dió usted el pecho o el seno a (nombre) por primera vez?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA ES MENOS DE UNA HORA ANOTE "00" HORA. SI MENOS DE 24 HORAS ANOTE HORAS. EN CUALQUIER OTRO CASO ANOTE DÍAS.	Inmediatamente..... 00 Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda..... 98	
MN26	Durante los tres primeros días después del parto, ¿Se le dió algo de tomar a (nombre) que no fuera leche materna?	Sí..... 1 No..... 2	→ Módulo PN Pág. 11
MN27	¿Qué se le dió a (nombre) de tomar?  <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE: ¿Algo más?	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola..... B Agua con azúcar o con glucosa..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebé..... G Té o infusiones..... H Miel..... I Otro..... X (Especifique)	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>CONTROLES DE SALUD POST-NATAL</b>			<b>PN</b>
	<p><b>ENTREVISTADORA</b>, ESTE MÓDULO SE APLICA A TODAS LAS MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS EN LOS 2 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA. VERIFIQUE EL NOMBRE DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LA PREGUNTA CM13 Y ANOTELO EN LA RAYA CORRESPONDIENTE: _____.</p> <p>UTILICE EL NOMBRE DEL NIÑO(A) EN LAS PRÓXIMAS PREGUNTAS, DONDE CORRESPONDA.</p>		
PN1	<p><b>ENTREVISTADORA</b>, VERIFIQUE PREGUNTA MN18: ¿EL NIÑO O LA NIÑA NACIÓ EN UN CENTRO DE SALUD? Sí, (MN18= 21 al 26) ó (del 31 al 36) <input type="checkbox"/></p>	<p>No, (MN18= 11, 12 ó 96) <input type="checkbox"/> → PN6</p>	
PN2	<p>▼ Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de lo que sucedió durante las horas y días después del nacimiento de (nombre).</p> <p>Usted dijo que dio a luz en (nombre o tipo de centro en MN18). ¿Cuánto tiempo permaneció allí después del parto?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS. DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS.</p> </div>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/></p> <p>No sabe o no recuerda.....998</p>	
PN3	<p>Me gustaría hablarle acerca de las evaluaciones de salud de (nombre) después del parto. Por ejemplo, alguien examinó a (nombre) para revisar el cordón umbilical o ver si (nombre) estaba bien.</p> <p>Antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en la pregunta MN18), ¿Evaluó alguien la condición de salud de (nombre)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
PN4	<p>¿Y han evaluado la condición de salud de usted, es decir, al hacerle preguntas sobre la condición de salud de usted o la han examinado?</p> <p>¿Alguien examinó las condiciones de salud de usted antes de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN18)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
PN5	<p>Ahora me gustaría hablarle acerca de lo que paso después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en MN18).</p> <p>¿Alguien examinó las condiciones de salud de (nombre) después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en la pregunta MN18)?</p>	<p>Sí..... 1 → PN11</p> <p>No..... 2 → PN16</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
PN6	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN17:</b> ¿LA ATENDIÓ EN EL PARTO ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD, UNA PARTERA O COMADRONA TRADICIONAL O UNA TRABAJADORA DE SALUD COMUNITARIA? Sí, (Respondió en MN17 cualquier opción desde A hasta la G) <input type="checkbox"/>	No, (No hay respuestas encerradas desde A hasta G) <input type="checkbox"/>	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 umbilical o el ombligo o ha visto si (nombre) estaba bien.  Después del parto y antes de que se marchara (del centro de salud), ¿persona o personas en(MN17), se chequeó la salud de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	
PN8	¿Y (persona o personas en (MN17) chequeó la salud de usted antes de que se marchara?  Cuando digo revisar o examinar su condición de salud, me refiero a evaluar la condición de salud de usted; Por ejemplo, haciéndole preguntas acerca de su salud o examinándola.	Sí..... 1 No..... 2	
PN9	Después de que (persona o personas en MN17) se marchara, ¿Chequeó alguien la salud de (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2	→ PN11 → 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 el ombligo, o viera si el bebé se encontraba bien.  Después de el nacimiento de (nombre) ¿Chequeó alguien la salud de él o ella?	Sí..... 1 No..... 2	→ PN19
PN11	¿Esta revisión o chequeo ocurrió sólo una vez, o más de una vez?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	→ PN12A → PN12B
PN12A	¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión o chequeo?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS. DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS.	Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda.....998	
PN12B	¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas revisiones o chequeos?		

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
PN13	¿Quién chequeó la salud de (nombre) en aquel momento?	<b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D  <b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro _____ X (Especifique)	
PN14	¿Dónde se realizó este chequeo?  Indague para identificar el tipo de lugar.  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA PERSONA ENTREVISTADA NO PUEDE DETERMINAR SI ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.  _____  (Nombre del lugar)	<b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa.....12  <b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público _____ 26 (Especifique)  <b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36  Otro _____ 96 (Especifique)	
PN15	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN18:</b> ¿NACIÓ EL NIÑO O LA NIÑA EN UN CENTRO DE SALUD? Sí, (PREG. MN18= 21 al 26 ó 31 al 36) <input type="checkbox"/> No, (PREG. MN18= 11, 12 ó 96) <input type="checkbox"/> → PN17		
PN16	Después de que se fuera de (nombre o tipo de centro en pregunta MN18), ¿Chequeó alguien la salud de usted?	Sí..... 1 → PN20 No..... 2 → IS1	
PN17	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA MN17:</b> ¿LA ATENDIÓ EN EL PARTO ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD, UNA PARTERA O COMADRONA TRADICIONAL O UNA TRABAJADORA DE SALUD COMUNITARIA? Sí, (Respondió en MN17 cualquier opción desde A hasta G) <input type="checkbox"/> No, (No hay respuestas encerrada desde A hasta G) <input type="checkbox"/> → PN19		
PN18	¿Después de que terminara el parto y que se fuera (persona o personas en MN17), alguien examinó la salud de usted?	Sí..... 1 → PN20 No..... 2 → IS1	
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 → IS1	

NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
PN20	¿Esta revisión ocurrió sólo una vez, o más de una vez?	Una vez..... 1 Más de una vez..... 2	→PN21A →PN21B
PN21A PN21B	<p>¿Cuánto tiempo después del parto sucedió esa revisión?</p> <p>¿Cuánto tiempo después del parto sucedió la primera de estas evaluaciones?</p> <div data-bbox="272 499 695 646" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI ES MENOS DE UN DÍA, ANOTE LAS HORAS. SI ES MENOS DE UNA SEMANA, ANOTE LOS DÍAS. DE LO CONTRARIO, ANOTE LAS SEMANAS.</p> </div>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe o no recuerda.....998</p>	
PN22	¿Quién chequeó la salud de usted en aquel momento?	<p><b>Profesional de la salud:</b> Médico general..... A Enfermera o comadrona..... B Ginecólogo u obstetra..... C Médico de otra especialidad..... D</p> <p><b>Otra persona:</b> Partera o comadrona tradicional..... F Trabajadora de salud comunitaria..... G Pariente, amigo, amiga..... H Otro _____ X (Especifique)</p>	
PN23	<p>¿Dónde se realizó este chequeo?</p> <div data-bbox="261 1178 695 1486" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA IDENTIFICAR EL TIPO DE LUGAR.</p> <p>SI NO PUEDE DETERMINAR SI EL LUGAR ES PÚBLICO O PRIVADO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LUGAR.</p> <p>_____ (NOMBRE DEL LUGAR)</p> </div>	<p><b>Hogar:</b> Casa de la entrevistada..... 11 Otra casa.....12</p> <p><b>Sector público:</b> Hospital de la red pública del MSP..... 21 Hospital Militar o del Seguro (antiguo IDSS)..... 22 Otro sitio del sector público _____ 26 (Especifique)</p> <p><b>Sector médico privado:</b> Clínica o Centro del sector privado..... 31 Clínica PROFAMILIA..... 32 Otro sitio del sector privado u ONG..... 36</p> <p>Otro _____ 96 (Especifique)</p>	



NO. PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
		<b>ANTICONCEPCIÓN</b>	<b>CP</b>
CP1	Me gustaría hablar con usted de otro tema: Planificación familiar.  ¿Está usted embarazada ahora?	Sí, actualmente embarazada..... 1 No..... 2 No está segura, no sabe..... 8	→CP2A
CP2	Las parejas utilizan varias maneras o métodos para postergar o evitar un embarazo.  ¿Está usted actualmente haciendo algo o usando algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	→CP3
CP2A	¿Alguna vez ha hecho usted algo o utilizado algún método para demorar o evitar un embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	} UN1
CP3	¿Qué está haciendo usted ahora para demorar o evitar un embarazo?  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>ENTREVISTADORA:</b>            NO INDUZCA UNA RESPUESTA.            SI SE MENCIONA MÁS DE UN MÉTODO,            ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS            ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA            PERSONA ENTREVISTADA         </div>	Esterilización femenina..... A Esterilización masculina..... B DIU..... C Inyecciones..... D Implantes..... E Píldoras..... F Condón masculino..... G Condón femenino..... H Diafragma..... I Jalea o espuma..... J Abstinencia periódica o ritmo..... L Retiro..... M Otro _____ X (Especifique)	



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>NECESIDAD NO SATISFECHA</b>		<b>UN</b>	
UN1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA CP1.</b> ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? Sí, está embarazada <input type="checkbox"/>	No, no está embarazada; no está segura o no sabe <input type="checkbox"/>	UN5
UN2	Ahora me gustaría hablar de su actual embarazo. Cuando quedó embarazada, ¿Quería usted quedar embarazada en ese momento?	Sí..... 1 No..... 2	UN4
UN3	¿Quería usted tener un hijo o hija más tarde o no quería tener más hijos o hijas?	Más tarde..... 1 No más..... 2	
UN4	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. Después de tener el hijo o la hija que está esperando, ¿Le gustaría a usted tener otro hijo o hija o preferiría no tener más hijos o hijas?	Tener otro hijo o hija..... 1 No más o ninguno..... 2 No ha decidido o no sabe..... 8	UN7 UN13
UN5	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE PREGUNTA CP3 PÁG. 16.</b> ¿ESTÁ USTED PREPARADA O ESTERILIZADA? No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	UN13
UN6	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el futuro. ¿Le gustaría a usted tener (un u otro) hijo o hija o preferiría no tener más hijos o hijas?	Tener (un u otro) hijo(a)..... 1 No más o ninguno..... 2 Dice que no puede quedarse embarazada..... 3 No ha decidido o no sabe..... 8	UN9 UN11 UN9
UN7	¿Cuánto le gustaría a usted esperar hasta el nacimiento de (un u otro) hijo o hija?  <b>ENTREVISTADORA:</b> ANOTE LA RESPUESTA TAL Y COMO RESPONDA LA PERSONA ENTREVISTADA	Meses..... 1 <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> No quiere esperar .....993 Dice que no puede quedar embarazada.....994 Después del casamiento..... 995 Otro..... 996 No sabe..... 998	UN11
UN8	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CP1.</b> ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? No, no está embarazada; no está segura o no sabe <input type="checkbox"/>	Sí, está embarazada <input type="checkbox"/>	UN13
UN9	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CP2.</b> ¿ESTÁ UTILIZANDO AHORA ALGÚN MÉTODO? No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	UN13
UN10	¿Cree usted estar físicamente capaz de quedar embarazada?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	UN13 UN13



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>MATRIMONIO O UNIÓN</b>		<b>MA</b>	
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 esta unida..... 3	→ MA5
MA2	¿Cuántos años tiene su esposo o pareja actualmente?  <b>ENTREVISTADORA, INDAGUE:</b> ¿Cuántos años tenía su esposo o pareja en su último cumpleaños (de él)?	Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 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	→ SB1
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	→ MA8A → MA8B
MA8A	¿En qué mes y en qué año se casó usted o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?	Fecha del (primer) matrimonio Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe en qué mes..... 98	→ SB1
MA8B	¿En qué mes y qué año se casó usted <u>por primera vez</u> o comenzó a vivir con un hombre como si estuviera casada?	Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el año..... 9998	
MA9	¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó a vivir con su ( <u>primer</u> ) esposo o pareja?	Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>COMPORTAMIENTO SEXUAL</b>		<b>SB</b>	
<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE QUE NO HAYA OTRAS PERSONAS PRESENTES. ANTES DE CONTINUAR, ASEGÚRESE DE QUE HAYA PRIVACIDAD.</b>			
SB1	<p>Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre actividad sexual para poder tener una mejor comprensión de algunos temas importantes de la vida.</p> <p>La información que usted brinde será tratada con total confidencialidad.</p> <p>¿Qué edad tenía usted cuando mantuvo relaciones sexuales por primera vez?</p>	<p>Nunca he tenido relaciones sexuales.....00 → HA1</p> <p>Edad en años..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Por primera vez cuando comenzó a vivir con el primer esposo o pareja.....95</p>	
SB2	¿La primera vez que usted mantuvo relaciones sexuales se utilizó condón?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No sabe o no recuerda..... 8</p>	
SB3	<p>¿Cuándo fue la última vez que usted mantuvo relaciones sexuales?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> ANOTE LAS RESPUESTAS EN DÍAS, SEMANAS O MESES. 1. SI ES MENOS DE 12 MESES, ANOTELA EN MESES. 2. SI SON 12 MESES O MÁS ANOTELA EN AÑOS</p>	<p>Hace días..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace semanas..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace meses..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Hace años..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/> → SB15</p>	
SB4	¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales, usted o su pareja utilizaron condón?	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
SB5	<p>¿Qué relación o vínculo tenía usted con quien mantuvo relaciones sexuales la última vez?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA ASEGURARSE DE QUE LA RESPUESTA SE REFIERE A LA RELACIÓN O VÍNCULO EN EL MOMENTO DE LAS RELACIONES SEXUALES.  SI ES "NOVIO", PREGUNTE: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ENCIERRE "2" SI LA RESPUESTA ES "NO", ENCIERRE "3"</p>	<p>Esposo..... 1</p> <p>Pareja conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro..... 6 } SB7 (Especifique)</p>	
SB6	<p><b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MA1.</b></p> <p>No casada o No unida (PREG. MA1 = 3) <input type="checkbox"/></p> <p>Casada o Viviendo con un hombre (PREG. MA1 = 1 ó 2) <input type="checkbox"/> → SB8</p>		
SB7	<p>¿Qué edad tiene esta persona?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", INDAGUE:  ¿Más o menos qué edad cree usted que tiene su pareja?</p>	<p>Edad de la pareja sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
SB8	¿Ha mantenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2	→ SB15
SB9	¿La última vez que usted mantuvo relaciones sexuales con esa otra persona se utilizó condón?	Sí..... 1 No..... 2	
SB10	¿Qué relación tenía usted con esa otra persona? <b>ENTREVISTADORA:</b> INDAGUE PARA ASEGURARSE DE QUE LA RESPUESTA SE REFIERE A LA RELACIÓN O VÍNCULO EN EL MOMENTO DE LA RELACIÓN SEXUAL  SI ES EL "NOVIO", PREGUNTE: ¿Vivían juntos como si estuvieran casados?  SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ENCIERRE "2" SI LA RESPUESTA ES "NO", ENCIERRE "3"	Esposo..... 1 Pareja conviviente..... 2 Novio..... 3 Compañero casual..... 4 Otro _____ 6 (Especifique)	} SB12
SB11	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MA1 y PREGUNTA MA7, PÁG 19:</b>  Actualmente casada o viviendo con un hombre (PREG. MA1 = 1 ó 2) y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (PREG. MA7 = 1)	Otro <input type="checkbox"/>	→ SB13
SB12	¿Qué edad tiene esa otra persona? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA ES "NO SABE", INDAGUE: ¿Más o menos qué edad tiene esta persona?	Edad de la pareja sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98	
SB13	Aparte de estas dos personas, ¿Ha mantenido usted relaciones sexuales con alguna otra persona en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2	→ SB15
SB14	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses?	Cantidad de compañeros..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
SB15	En total, ¿Con cuántas personas diferentes ha mantenido usted relaciones sexuales durante toda su vida?  <b>ENTREVISTADORA:</b> SI LA RESPUESTA NO ES NUMÉRICA, INDAGUE PARA OBTENER UNA CANTIDAD ESTIMADA. SI LA CANTIDAD DE COMPAÑEROS ES 95 O MÁS, ANOTE "95".	Cantidad de compañeros en toda su vida... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe o no recuerda..... 98	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
	<b>VIH-SIDA</b>		<b>HA</b>
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	→ TA1
HA2	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA teniendo solamente una pareja sexual que no tenga el SIDA y que no tenga otras parejas?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA3	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA por brujería o por medios sobrenaturales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA4	¿Pueden las personas reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA usando condones cada vez que mantienen relaciones sexuales?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA5	¿Pueden las personas contagiarse con el virus del SIDA a través de la picadura de un mosquito?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA6	¿Pueden las personas contagiarse del virus del SIDA al compartir la comida con una persona infectada con el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA7	¿Es posible que una persona que parezca saludable tenga el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	
HA8	¿Puede el virus del SIDA ser transmitido de la madre al hijo... A. durante el embarazo? B. durante el parto? C. mientras está amamantando?	<b>Sí No NS</b>	
		Durante el embarazo..... 1 2 8	
		Durante el parto..... 1 2 8	
		Mientras está 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 o depende..... 8	
HA10	¿Usted le compraría verduras frescas a un vendedor si supiera que ésta persona tiene el virus del SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8	
HA11	Si un familiar suyo se contagiara con el virus del SIDA, ¿Querría usted que eso permaneciera en secreto?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8	
HA12	Si un miembro de su familia se enfermara con el virus del SIDA, ¿Estaría usted dispuesta a cuidar de él o ella en su casa?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura o depende..... 8	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.																				
HA13	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA CM13, PÁG. 7.</b> ¿ALGÚN NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? Uno o más hijos nacidos vivos en los últimos dos años. <input type="checkbox"/>	No tuvo hijos nacidos vivos en los últimos dos años (PREG. CM13= "No" o quedó en blanco) <input type="checkbox"/>	HA24																				
HA14	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MN1. PÁG. 8.</b> ¿RECIBIÓ CHEQUEO PRENATAL? Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/>	No recibió cuidados prenatales <input type="checkbox"/>	HA24																				
HA15	Durante cualquier control prenatal a lo largo de su embarazo de (nombre), ¿Se le dió 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 la prueba del virus del SIDA? ¿Se le... D. ofreció hacerle una prueba para virus del SIDA?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. SIDA de la madre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>B. cosas que hacer.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>C. hacerse la prueba del SIDA...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>D. se le ofreció una prueba.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	A. SIDA de la madre.....	1	2	8	B. cosas que hacer.....	1	2	8	C. hacerse la prueba del SIDA...	1	2	8	D. se le ofreció una prueba.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																				
A. SIDA de la madre.....	1	2	8																				
B. cosas que hacer.....	1	2	8																				
C. hacerse la prueba del SIDA...	1	2	8																				
D. 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	} HA19																				
HA17	No quiero saber los resultados, pero ¿Recibió usted los resultados de esa prueba?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 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	} HA22																				
HA19	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA MN17, PÁG. 9:</b> ¿ESTUVO EL PARTO ASISTIDO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD (OPCIONES A, B, C y D)? Sí, un profesional de la salud atendió el parto. (PREG. MN17 = A, B, C y D) <input type="checkbox"/>	No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud. (PREG. MN17 = F, G, H, X) <input type="checkbox"/>	HA24																				
HA20	No quiero saber los resultados, pero ¿Se le realizó alguna prueba para detectar el virus del SIDA entre el momento de su llegada para el parto y antes de que naciera el bebé?	Sí..... 1 No..... 2	→ HA24																				
HA21	No quiero saber los resultados, pero ¿Recibió usted los resultados de la prueba?	Sí..... 1 No..... 2																					

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
HA22	¿Le han hecho la prueba para detectar el virus del SIDA desde aquella vez en que se le realizó una prueba durante su embarazo?	Sí..... 1 No..... 2	→ 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 De 12 a 23 meses atrás..... 2 Hace dos o más años..... 3	} TA1
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	→ HA27
HA25	¿Cuándo fue la última vez que se le hizo esta prueba?	Hace menos de 12 meses..... 1 De 12 a 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	} TA1
HA27	¿Conoce usted 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	



NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL</b>		<b>TA</b>	
TA1	¿Alguna vez ha probado fumar usted cigarrillos, aunque sea uno o dos copazos?	Sí..... 1 No..... 2	→TA6
TA2	¿Cuántos años tenía usted cuando fumó un cigarrillo entero por primera vez?	Nunca fumó un cigarrillo entero..... 00 Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/> años	→TA6
TA3	¿Fuma usted cigarrillos actualmente?	Sí..... 1 No..... 2	→TA6
TA4	En las últimas 24 horas, ¿Cuántos cigarrillos usted fumó ?	Número de cigarrillos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
TA5	En el último mes, ¿Cuántos días fumó usted cigarrillos? <b>ENTREVISTADORA:</b> SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. SI SON 10 DÍAS O MÁS, PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA6	¿Ha fumado usted alguna vez algún tabaco que no sean cigarrillos como: cigarros, pipa o cachimbo, pipa de agua o hookah (juca)?	Sí..... 1 No..... 2	→TA10
TA7	Durante el último mes, ¿Fumó usted algún producto con tabaco?	Sí..... 1 No..... 2	→TA10
TA8	¿Qué clase de producto con tabaco fumó usted durante el último mes? <b>ENTREVISTADORA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODOS LOS PRODUCTOS MENCIONADOS.	Cigarros..... A Pipa de agua (Hooka)..... B Cigarrillos..... C Pipa o cachimbo..... D Otros..... X (Especifique)	
TA9	Durante el último mes, ¿Cuántos días fumó usted productos con tabaco fumable? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30".	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA10	¿Alguna vez ha usado usted tabaco no fumable, como: tabaco de mascar, picado seco o picado húmedo?	Sí..... 1 No..... 2	→TA14

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
TA11	En el último mes, ¿Consumió usted tabaco en una forma que no sea fumado?	Sí..... 1 No..... 2	→ TA14
TA12	¿Qué tipo de tabaco no fumable consumió usted durante el último mes? <b>ENTREVISTADORA:</b> ENCIERRE EN UN CÍRCULO TODAS LAS ALTERNATIVAS DECLARADAS POR LA PERSONA ENTREVISTADA	Tabaco de mascar..... A Picado seco..... B Picado húmedo..... C Otros..... X (Especifique)	
TA13	Durante el último mes, ¿Cuántos días consumió usted tabaco no fumable? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	
TA14	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcoholicas. ¿Ha consumido usted bebidas alcoholicas alguna vez?	Sí..... 1 No..... 2	→ LS1
TA15	Consideramos un trago de alcohol como una lata o una botella de cerveza, un vaso de vino o traguito de coñac, de vodka, de whisky o de ron. ¿Qué edad tenía usted cuando se tomó su primer trago entero de alcohol, es decir, su primera lata o botella de cerveza, su primer vaso de vino, su primer trago de ron, vodka o whisky?	Nunca tomó un trago de alcohol..... 00 Edad..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ LS1
TA16	Durante el último mes, ¿Cuántos días consumió usted por lo menos un trago de alcohol? <b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI SON 9 DÍAS O MENOS, ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS. 2. SI SON 10 DÍAS O MÁS PERO MENOS DE UN MES, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "10". 3. SI CONTESTA "TODOS LOS DÍAS" O "CASI TODOS LOS DÍAS", ENCIERRE EN UN CÍRCULO "30"	No tomó un trago de alcohol en el último mes..... 00 Número de días..... 0 <input type="text"/> 10 días o más pero menos de un mes..... 10 Todos los días o casi todos los días..... 30	→ LS1
TA17	En el último mes, en los días que tomó usted bebidas alcoholicas, ¿Por lo general cuántos tragos tomó por día?	Número de tragos..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
<b>NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA</b>		<b>LS</b>	
LS1	<b>ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: PREGUNTA WB2 PÁG. 2:</b> ¿LA EDAD DE LA ENTREVISTADA ES DE 15 A 24 AÑOS? Edad de 15 a 24 <input type="checkbox"/>	Edad de 25 a 49 <input type="checkbox"/>	→ WM11
LS2	<p>Me gustaría hacerle ahora algunas preguntas sencillas sobre su felicidad y satisfacción.</p> <p>Primero, considerando todos los aspectos de su vida, ¿Diría usted que es muy feliz o algo feliz, ni feliz ni infeliz, o un poco infeliz o muy infeliz?</p> <p>También puede mirar estas imágenes para ayudarla con su respuesta.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b></p> <p>1. MUESTRE EL LADO 1 DE LA TARJETA DE RESPUESTAS Y EXPLÍQUELE EL SIGNIFICADO DE CADA SÍMBOLO.</p> <p>2. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE RESPUESTA SELECCIONADO POR LA ENTREVISTADA.</p> </div>	Muy feliz..... 1 Algo feliz..... 2 Ni feliz ni infeliz..... 3 Un poco infeliz..... 4 Muy infeliz..... 5	
LS3	<p>Ahora, le voy a hacer algunas preguntas sobre su nivel de satisfacción en diversas áreas.</p> <p>En cada caso, hay cinco posibilidades: Dígame, para cada pregunta, si usted está muy satisfecha, algo satisfecha, ni satisfecha ni insatisfecha, un poco insatisfecha o muy insatisfecha.</p> <p><b>MUÉSTRELE LAS IMAGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> MUESTRE EL LADO 2 DE LA TARJETA DE RESPUESTA Y EXPLÍQUELE EL SIGNIFICADO DE CADA SÍMBOLO. ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO DE RESPUESTA INDICADO POR LA ENTREVISTADA PARA LAS PREGUNTAS LS3 a LS13.</p> </div> <p>¿Qué tan satisfecha está usted con su vida familiar?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS4	¿Qué tan satisfecha está usted con sus amistades?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS5	Durante el <b>actual</b> año escolar <b>2013-2014</b> , ¿Asistió usted a la escuela en algún momento?	Sí..... 1 No..... 2	→ LS7
LS6	¿Qué tan satisfecha está usted con su escuela?	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	

NO. PREG.	PREGUNTAS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A PREG.
LS7	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con su empleo actual?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> 1. SI RESPONDE QUE NO TIENE NINGÚN EMPLEO, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "0" Y CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PREGUNTA. 2. NO TRATE DE INDAGAR CÓMO SE SIENTE POR NO TENER EMPLEO, A MENOS QUE SE LO MENCIONE ELLA MISMA.</p>	No tiene empleo..... 0 Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS8	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con su salud?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS9	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con el lugar donde vive?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> EN CASO DE QUE SEA NECESARIO, EXPLÍQUELE QUE LA PREGUNTA SE REFIERE AL ENTORNO DE VIDA, QUE INCLUYE EL BARRIO Y LA VIVIENDA.</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS10	<p>¿Qué tan satisfecha, en general, está usted con la forma como le trata la gente a su alrededor?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS11	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con su apariencia?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS12	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con su vida, en general?</p>	Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS13	<p>¿Qué tan satisfecha está usted con sus ingresos actuales?</p> <p><b>ENTREVISTADORA:</b> SI RESPONDE QUE NO TIENE INGRESOS, ENCIERRE EN UN CÍRCULO "0" Y CONTINÚE CON LA PRÓXIMA PREGUNTA. NO TRATE DE INDAGAR CÓMO SE SIENTE POR NO TENER INGRESOS, A MENOS QUE SE LO MENCIONE ELLA MISMA.</p>	No tiene ingresos..... 0 Muy satisfecha..... 1 Algo satisfecha..... 2 Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3 Un poco insatisfecha..... 4 Muy insatisfecha..... 5	
LS14	<p>Comparado con este mismo momento del año pasado, ¿Diría usted que su vida en general ha mejorado, se ha mantenido más o menos igual o ha empeorado?</p>	Ha mejorado..... 1 Se ha manteniendo más o menos igual..... 2 Ha empeorado..... 3	
LS15	<p>¿Y en un año, cree usted que la vida será mejor, más o menos igual o peor?</p>	Mejor..... 1 Más o menos igual..... 2 Peor..... 3	

WM11 Anote la hora y los minutos de finalización: Hora y minutos.....   :

**WM12 ENTREVISTADORA, VERIFIQUE: LA LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR, PREGUNTA HL7B PÁGINA 3 Y PREGUNTA HL15 PÁGINA 5 CUESTIONARIO 1.**

¿ES LA ENTREVISTADA LA MADRE O LA PERSONA RESPONSABLE DE ALGÚN NIÑO(A) MENORES DE 5 AÑOS QUE VIVE EN ESTE HOGAR?

- Sí → Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (PREG. WM7) en la página de la portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS(AS) MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño(a) y inicie la entrevista con esta persona.
- No → Finalice la entrevista con esta persona agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (PREG. WM7) en la página de portada.

**Observaciones de la Entrevistadora**

**Observaciones de la Supervisora de Campo**

**Observaciones del Supervisor Nacional y de Calidad  
de la Información**