

PANEL DE INFORMACIÓN DE LA MUJER		WM
<i>Este cuestionario se deberá aplicar a todas las mujeres de 15 a 49 años de edad (véase el Listado de miembros del hogar, columna HL7). Se debe usar un cuestionario separado para cada mujer elegible.</i>		
WM1. Número de conglomerado: _____	WM2. Número de hogar: _____	
WM3. Nombre de la mujer: Nombre _____	WM4. Número de residente de la mujer: _____	
WM5. Nombre y número de la entrevistadora: Nombre _____	WM6. Día / Mes / Año de la entrevista: _____ / _____ / 2015	
WM8A. Nombre y número del supervisor: Nombre _____		

<p><i>Repita el saludo de introducción si no se le fue leído anteriormente a esta mujer:</i></p> <p>SOMOS DE (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA). ESTAMOS LLEVANDO A CABO UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES. ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>	<p><i>Si ya se le leyó a esta mujer el saludo al inicio del cuestionario del hogar, lea entonces lo siguiente:</i></p> <p>AHORA ME GUSTARÍA PLATICAR CON USTED SOBRE SU SALUD Y OTROS TEMAS. ESTA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 25 MINUTOS. DE NUEVO, TODA LA INFORMACIÓN QUE RECOJAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO.</p>
---	---

¿PUEDO COMENZAR AHORA?

Sí, se concede permiso ⇒ Vaya a WM10 para anotar la hora y comience entonces con la entrevista.

No, no se concede permiso ⇒ Circule "03" en WM7. Discuta el resultado con su supervisor.

WM7. Resultado de la entrevista con la mujer	Completada 01 Ausente 02 Rechazo 03 Parcialmente completada..... 04 Incapacitada 05 Otro (<i>especifique</i>) _____ 96
---	---

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 No responde el mes..... 99 Año..... ____ ____ ____ No sabe el año..... 9998 No responde el año..... 9999	
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 cumplidos) ____ ____	
WB2A. DE ACUERDO CON SU CULTURA, ¿USTED SE CONSIDERA INDÍGENA?	Sí..... 1 No 2 No responde..... 9	
WB2B. ¿USTED HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Sí..... 1 No 2 No responde..... 9	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A LA ESCUELA O PREESCOLAR?	Sí..... 1 No 2 No responde..... 9	2⇒WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL GRADO DE ESTUDIOS MÁS ALTO AL QUE ASISTIÓ EN LA ESCUELA?	00 Preescolar 01 Primaria 02 Secundaria 03 Preparatoria o bachillerato 04 Normal básica 05 Estudios técnicos comerciales con primaria terminada 06 Estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada 07 Estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada 08 Normal de licenciatura 09 Licenciatura o profesional 10 Maestría 11 Doctorado 98 NS 99 NR	00⇒WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL AÑO MÁS ALTO QUE APROBÓ EN ESE NIVEL? <i>Si el primer año de este nivel no se completó, anote "00"</i>	Año..... ____ ____ No responde..... 99	

WB6. Verifique WB4:		
<input type="checkbox"/> Secundaria o superior (WB4=2-11) ⇒ Vaya al Sigüiente Módulo <input type="checkbox"/> Primaria (WB4=1) ⇒ Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEYERA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases en la tarjeta a la entrevistada. Si la entrevistada no puede leer la frase completa, indague:</i> ¿PUEDE LEERME PARTE DE LA FRASE?	No puede leer nada 1 Puede leer sólo partes de la frase 2 Puede leer la frase completa 3 La frase no estaba en el idioma requerido _____ 4 <i>(especifique el idioma)</i> Ciega/vista impedida 5 No responde 9	

ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN		MT
MT1. Verifique WB7:		
<input type="checkbox"/> La pregunta quedó en blanco (la entrevistada posee estudios secundarios o superiores) ⇒ Continúe con MT2 <input type="checkbox"/> Puede leer o no hay frases en el lenguaje requerido (WB7 = 2, 3 o 4) ⇒ Continúe con MT2 <input type="checkbox"/> No puede leer nada o es ciega/ vista impedida (WB7 = 1 o 5) ⇒ Vaya a MT3		
MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	
MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ UNA COMPUTADORA?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT7. ¿HA USADO UNA COMPUTADORA EN ALGÚN LUGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Sí 1 No 2 No responde 9	2⇒MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒ Siguiente módulo
MT10. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ¿USÓ ALGUNA VEZ INTERNET? <i>Si es necesario, indague si se usó en algún lugar, con cualquier dispositivo.</i>	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒ Siguiente módulo
MT11. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ INTERNET? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana 3 Nunca 4 No responde 9	

FECUNDIDAD		CM
CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE TODOS LOS PARTOS QUE USTED HA TENIDO A LO LARGO DE TODA SU VIDA. ¿HA TENIDO ALGÚN PARTO, YA SEA NATURAL O CESÁREA?	Sí. 1 No 2 No responde 9	2⇒ CM8 9⇒ CM8
CM2. ¿CUÁL ES LA FECHA EN QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ? ME REFIERO A LA PRIMERA VEZ EN QUE USTED TUVO UN PARTO, INCLUSO SI EL NIÑO/A YA NO VIVE O EL PADRE NO ES SU PAREJA ACTUAL.	Fecha del primer nacimiento Mes ___ No sabe el mes 98 No responde el mes 99 Año ___ No sabe el año 9998 No responde el año 9999	SI CONOCE AÑO ⇒ CM4
CM3. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE DESDE QUE TUVO UN PARTO POR PRIMERA VEZ?	Años completos desde el primer nacimiento ___ No responde 99	
CM4. ¿TIENE USTED ALGÚN HIJO/S O HIJA/S A QUIÉN HAYA PARIDO Y QUE ESTÉ AHORA VIVIENDO CON USTED?	Sí. 1 No 2	2⇒ CM6
CM5. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES VIVEN AHORA CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS VIVEN AHORA CON USTED? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones viviendo en casa ___ Hijas viviendo en casa ___	
CM6. ¿TIENE ALGÚN HIJO/S O HIJA/S VIVO A QUIEN HAYA PARIDO PERO NO ESTÉ VIVIENDO CON USTED AHORA?	Sí. 1 No 2	2⇒ CM8
CM7. ¿CUÁNTOS HIJOS VARONES ESTÁN VIVOS PERO NO VIVEN CON USTED? ¿CUÁNTAS HIJAS ESTÁN VIVAS PERO NO VIVEN CON USTED AHORA? <i>Si la respuesta es ninguno, anote '00'.</i>	Hijos varones en otro lugar ___ Hijas en otro lugar ___	

<p>CM8. ¿ALGUNA VEZ HA PARIDO A UN HIJO O HIJA QUE NACIÓ VIVO PERO FALLECIÓ DESPUÉS?</p> <p><i>Si la respuesta es “No”, indague preguntando lo siguiente:</i></p> <p>ME REFIERO A UN NIÑO/A QUE ALGUNA VEZ RESPIRÓ O LLORÓ, O MOSTRÓ ALGÚN SIGNO DE VIDA- AÚN CUANDO HAYA ESTADO VIVO/A POR SÓLO UNOS POCOS MINUTOS U HORAS</p>	<p>Sí.1</p> <p>No2</p>	<p>2⇒CM10</p>
<p>CM9. ¿CUÁNTOS NIÑOS VARONES HAN FALLECIDO?</p> <p>¿CUÁNTAS NIÑAS HAN FALLECIDO?</p> <p><i>Si la respuesta es ninguno/a, anote ‘00’.</i></p>	<p>Niños varones muertos _ _</p> <p>Niñas muertas _ _</p>	
<p>CM10. <i>Sume las respuestas a las preguntas CM5, CM7 y CM9.</i></p>	<p>Total _ _</p>	
<p>CM11. SÓLO PARA ASEGURARME DE QUE ESTO ESTÉ CORRECTO, USTED TUVO EN TOTAL (<i>número total en CM10</i>) NACIDOS VIVOS A LO LARGO DE SU VIDA. ¿ES ASÍ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Sí. Verifique abajo:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>No nacidos vivos ⇒ Vaya a CM12A</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Uno o más nacidos vivos ⇒ Continúe con CM12</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No ⇒ Verifique las respuestas de CM1 y haga las correcciones necesarias antes de proceder con CM12</i></p>		

CM12. DE ESTOS (<i>número total en CM10</i>) NACIMIENTOS QUE HA TENIDO, ¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO PARTO (INCLUSO SI ÉL O ELLA FALLECIERA)? <i>Se debe anotar el mes y el año</i>	Fecha del último nacimiento Mes ____ Año ____	CUALQUIER FECHA ⇒ CM12B
CM12A. ¿HA ESTADO USTED EMBARAZADA ALGUNA VEZ?	Sí 1 No 2 No responde 9	1 ⇒ CM12C 2 ⇒ CM13 9 ⇒ CM13
CM12B. ¿CUANDO ESTABA USTED EMBARAZADA DE SU PRIMER HIJO/A, FUE EL PRIMER EMBARAZO QUE TUVO?	Sí 1 No 2 No responde 9	1 ⇒ CM13
CM12C. ¿QUÉ EDAD TENÍA CUANDO SE EMBARAZÓ POR PRIMERA VEZ?	Edad __ No responde 99	

CM13. *Verifique CM12: El último nacimiento fue en los últimos 2 años; es decir, los 2 años antes de (mes de la entrevista) de 2015 (si el mes de la entrevista y el mes del nacimiento es el mismo, y el año del nacimiento es 2013, considere esto como un nacimiento en los últimos 2 años)*

No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. ⇒ Vaya al módulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

Uno o más nacidos vivos en los 2 últimos años. ⇒ Solicite el nombre del último niño nacido/la última niña nacida

Nombre del último niño nacido/la última niña nacida _____

Si el niño/a hubiera fallecido, tenga un cuidado especial cuando se refiera a este niño/a por su nombre en los siguientes módulos.

Continúe con el siguiente módulo.

ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO		DB
<i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con un nacido vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13 _____ . Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</i>		
DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí 1 No 2 No responde 9	
DB1A. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿PLANEABA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?	Sí 1 No 2 No responde 9	1 ⇒ Siguiendo módulo

DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS ADELANTE O YA NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS/AS?	Más adelante..... 1 No más..... 2 No responde..... 9	2⇒Siguiente módulo
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Meses __ __ Años..... __ __ No sabe..... 998 No responde..... 999	

MÓDULO DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO		MN
<i>Este módulo se deberá aplicar a todas las mujeres con nacidos vivos en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.</i>		
<i>Utilice el nombre del niño/a en las siguientes preguntas, allí donde se indique.</i>		
MN1. ¿ACUDIÓ USTED A ALGUIEN PARA LA REVISIÓN PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 9	2⇒MN5
MN2. ¿A QUIÉN CONSULTÓ? <i>Indague: ¿ALGUNA OTRA PERSONA?</i> <i>Indague a qué tipo de persona consultó y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera B Partera profesional técnica C Otra persona Partera tradicional..... F Promotor (a) auxiliar o asistente de salud G OTRO (ESPECIFIQUE)..... X No responde..... ?	
MN2A. ¿CUÁNTAS SEMANAS O MESES TENÍA USTED DE EMBARAZO CUANDO LA REVISARON POR PRIMERA VEZ PARA ESTE EMBARAZO? <i>Anote la respuesta tal y como la exponga la entrevistada.</i>	Semanas 1 __ __ Meses..... 2 0 __ No sabe..... 998 No responde..... 999	
MN2B. ¿EN QUÉ LUGAR LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Hogar Casa de la entrevistada 11 Casa de la partera 13 Otra casa..... 12 Sector público Hospital del gobierno 21 Clínica del gobierno/unidad de salud..... 22 Caravana o puesto móvil de salud 23 Otra institución pública (especifique)..... 26 Sector Médico Privado Hospital privado..... 31	11⇒MN3 12⇒MN3 13⇒MN3

	Clínica privada..... 32 Consultorios dependientes de farmacias.33 Otro centro médico privado (especifique) _____ 36 Otro (especifique)_____ 96 No responde 99	31⇒MN3 32⇒MN3 33⇒MN3 36⇒MN3 96⇒MN3																																																				
MN2C. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN LA REVISARON LA MAYORÍA DE LAS VECES DURANTE ESTE EMBARAZO?	Seguro Social (IMSS) 1 IMSS-Solidaridad-Oportunidades- Prospera 2 ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3 Pemex, Defensa o Marina 4 Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5 Otra institución (especifique) ... _____.. 6 No responde 9																																																					
MN3. ¿CUÁNTAS REVISIONES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>Indague para identificar el número veces en que recibió atención prenatal. Si le da un rango, registre el número mínimo de veces de atención prenatal recibida.</i>	Número de veces..... _ _ No sabe 98 No responde 99																																																					
MN4. COMO PARTE DE SU REVISIÓN PRENATAL, ¿LE REALIZARON LAS SIGUIENTES PRUEBAS, AL MENOS UNA VEZ?:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[D] ¿LA MIDIERON?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[E] ¿LA PESARON?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NR	[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	1	2	9	[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	1	2	9	[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	1	2	9	[D] ¿LA MIDIERON?	1	2	9	[E] ¿LA PESARON?	1	2	9	[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?	1	2	9	[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?	1	2	9	[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?	1	2	9	[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?	1	2	9	[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?	1	2	9	[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?	1	2	9	[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?	1	2	9	
	Sí	No	NR																																																			
[A] ¿LE TOMARON LA PRESIÓN ARTERIAL?	1	2	9																																																			
[B] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE ORINA?	1	2	9																																																			
[C] ¿LE TOMARON UNA MUESTRA DE SANGRE?	1	2	9																																																			
[D] ¿LA MIDIERON?	1	2	9																																																			
[E] ¿LA PESARON?	1	2	9																																																			
[F] ¿LE MIDIERON SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE?	1	2	9																																																			
[G] ¿LE REALIZARON LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE LA SÍFILIS (VRDL)?	1	2	9																																																			
[H] ¿LE HICIERON UN ULTRASONIDO?	1	2	9																																																			
[I] ¿LE MANDARON ÁCIDO FÓLICO?	1	2	9																																																			
[J] ¿LE MANDARON VITAMINAS, HIERRO O ALGÚN SUPLEMENTO ALIMENTICIO?	1	2	9																																																			
[K] ¿LE OFRECIERON ALGÚN SERVICIO DE DETECCIÓN O ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL (ANSIEDAD, DEPRESIÓN)?	1	2	9																																																			
[L] ¿LE OFRECIERON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA CUANDO TERMINARA SU EMBARAZO?	1	2	9																																																			

<p>[M] ¿LE ENSEÑARON O EXPLICARON CÓMO DAR A SU BEBÉ LECHE MATERNA?</p>	<p>Leche materna.....1 2 9</p>	
<p>MN5. ¿TIENE USTED ALGUNA CARTILLA DE VACUNACIÓN U OTRO DOCUMENTO DONDE APAREZCAN SUS VACUNAS APLICADAS?</p> <p>¿PUEDO VERLA, POR FAVOR?</p> <p><i>Si se muestra la cartilla, úsela para ayudarse con las respuestas a las siguientes preguntas.</i></p>	<p>Sí (vio la tarjeta) 1 Sí (no vio la tarjeta).....2 No3 No sabe8 No responde.....9</p>	
<p>MN6. CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN EN EL BRAZO U HOMBRO PARA PREVENIR QUE AL BEBE LE DIERA TÉTANOS ES DECIR, CONVULSIONES DESPUÉS DE NACER?</p>	<p>Sí. 1 No 2 No sabe 8 No responde.....9</p>	<p>2⇒MN9 8⇒MN9 9⇒MN9</p>
<p>MN7. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ LA INYECCIÓN ANTITETÁNICA CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Número de veces.....__ No sabe.....8 No responde.....9</p>	<p>8⇒MN9 9⇒MN9</p>
<p>MN8. ¿De cuántas inyecciones antitetánicas durante el último embarazo se informó en MN7?</p> <p><input type="checkbox"/> Al menos dos inyecciones antitetánicas durante el último embarazo ⇒ Vaya a MN17</p> <p><input type="checkbox"/> Solo una inyección antitetánica durante el último embarazo. ⇒ Continúe con MN9</p>		
<p>MN9. ¿RECIBIÓ ALGUNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA EN ALGÚN MOMENTO ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>), YA SEA PARA PROTEGERLA A USTED O A OTRO NIÑO/A?</p>	<p>Sí. 1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9</p>	<p>2⇒MN17 8⇒MN17 9⇒MN17</p>
<p>MN10. ¿CUÁNTAS VECES RECIBIÓ UNA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si fueron 7 o más veces, anote '7'.</i></p>	<p>Cantidad de veces.....__ No sabe 8 No responde.....9</p>	<p>8⇒MN17</p>
<p>MN11. ¿CUÁNTOS AÑOS HACE QUE RECIBIÓ LA ÚLTIMA INYECCIÓN ANTITETÁNICA ANTES DE ESTAR EMBARAZADA DE (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Si fue menos de 1 año, anote '00'.</i></p>	<p>Hace (años).....__ __ No responde.....99</p>	

<p>MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (nombre)?</p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGUIEN MÁS?</p> <p><i>Indague qué tipo de persona asistió el parto y marque con un círculo todas las respuestas.</i></p> <p><i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i></p> <p><i>Si la entrevistada responde que la asistió un pariente o amiga/o indague si era partera tradicional o médico o enfermera.</i></p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Partera profesional técnica..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Promotor (a) auxiliar o asistente de salud..... G</p> <p>Pareja/Pariente/amiga(o) H</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>Nadie..... Y</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>MN18. ¿DÓNDE ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <hr/> <p>(Nombre del lugar)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Casa de la partera 13</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno 21</p> <p>Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22</p> <p>Otra institución pública (especifique)..... 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Otro centro médico privado (especifique)..... 36</p> <p>Otro (especifique)..... 96</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>13⇒MN20</p> <p>31⇒MN19</p> <p>32⇒MN19</p> <p>36⇒MN19</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN18A ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN ATENDIÓ EL PARTO DE (nombre)?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera..... 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5</p> <p>Otra institución (especifique)..... 6</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>MN19. ¿NACIÓ (nombre) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿LE CORTARON SU BARRIGA PARA SACAR AL BEBÉ?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. ¿CUÁNDO SE DECIDIÓ QUE EL PARTO FUERA POR CESÁREA?</p> <p>¿FUE ANTES O DESPUÉS DE QUE EMPEZARAN LOS DOLORS DEL TRABAJO DE PARTO?</p>	<p>Antes..... 1</p> <p>Después..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	

MN19B. DESPUÉS DE NACER (NOMBRE) ¿LO/LA PUSIERON EN SU PECHO EN CONTACTO DIRECTO CON SU PIEL?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ÉL/ELLA ERA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	Muy grande 1 Más grande que el promedio 2 Tamaño promedio 3 Más pequeño que el promedio 4 Muy pequeño 5 No sabe 8 No responde 9	
MN21. ¿SE PESÓ A (<i>nombre</i>) AL NACER?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒MN23 8⇒MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la cartilla de salud, si está disponible.</i>	De la cartilla 1 (kg) __ . ____ De memoria 2 (kg) __ . ____ No sabe 9.998 No responde 9.999	
MN23. ¿VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>)?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO EL PECHO A (<i>nombre</i>)?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒Siguiete módulo 8⇒Siguiete módulo 9⇒Siguiete módulo
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es menos de 1 hora, anote '00' horas (inmediatamente).</i> <i>Si la respuesta es menos de 24 horas, anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente 000 Horas ____ Días ____ NS/no recuerda 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, ¿SE LE DIO ALGO DE TOMAR A (<i>nombre</i>) QUE NO FUERA LECHE MATERNA?	SÍ 1 No 2 No responde 9	2⇒Siguiete módulo

<p>MN27. ¿QUÉ SE LE DIO DE TOMAR A (<i>nombre</i>)?</p> <p><i>Anote todas las respuestas que mencione la entrevistada</i></p> <p><i>Indague:</i> ¿ALGO MÁS?</p>	<p>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 bebés..... G Té/infusiones H Miel I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>).....X</p> <p>No responde.....?</p>	
--	---	--

CONTROLES DE SALUD POST-NATAL	PN
--------------------------------------	-----------

Este módulo deberá aplicarse a todas las mujeres con nacidos vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique aquí el nombre del último nacido vivo desde CM13: _____.
Utilice el nombre del niño/a en las próximas preguntas, allí donde se indique.

PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en sector público o privado?

Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN2

No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN6

<p>PN2. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LO QUE SUCEDIÓ DURANTE LAS HORAS Y DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>).</p> <p>USTED DIJO QUE ATENDIÓ SU PARTO EN (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>). ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ DESPUÉS DEL PARTO?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ___</p> <p>Días..... 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NS/ no recuerda 998</p> <p>No responde 999</p>	
--	--	--

<p>PN3. ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LAS EVALUACIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO. POR EJEMPLO, ¿ALGUIEN EXAMINÓ A (<i>nombre</i>) PARA REVISAR EL CORDÓN O VER SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN?</p> <p>ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>), ¿EVALUÓ ALGUIEN LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	
--	--	--

<p>PN4. Y EVALUACIONES DE LA SALUD DE USTED, QUIERO DECIR, ¿ALGUIEN EVALUÓ SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD O EXAMINÁNDOLA A USTED?</p> <p>¿A USTED ALGUIEN LE EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	
--	---	--

<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASO DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>).</p> <p>¿ALGUIEN EXAMINÓ LAS CONDICIONES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>)?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 9</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN7</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, u promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN10</p>		
<p>PN7. USTED YA HA DICHO QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) LA ASISTIÓ DURANTE EL PARTO. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – POR EJEMPLO, ALGUIEN HA EXAMINADO A (<i>nombre</i>), REVISADO EL CORDÓN, O HA VISTO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE FUERA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) REVISÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 9</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>persona o personas en MN17</i>) REVISÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA?</p> <p>CUANDO DIGO REVISAR/EXAMINAR SU CONDICIÓN DE SALUD, ME REFIERO A EVALUAR SU CONDICIÓN DE SALUD; POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS ACERCA DE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 9</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE FUERA, ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 9</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINARA A (<i>nombre</i>), REVISARÁ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIERA SI EL BEBÉ SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿REVISÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Sí..... 1 No 2 No responde..... 9</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1 Más de una vez..... 2 No responde..... 9</p>	<p>1⇒PN12A 2⇒PN12B</p>

<p>PN12A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN?</p> <p>PN12B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES?</p> <p><i>Si es menos de un día, registre las horas. Si es menos de una semana, registre los días. De lo contrario, registre las semanas.</i></p>	<p>Horas 1 ___</p> <p>Días..... 2 ___</p> <p>Semanas 3 ___</p> <p>NS/no recuerda 998</p> <p>No responde..... 999</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN REVISÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Partera profesional técnica..... C</p> <p>Otra persona</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Promotor(a) auxiliar o asistente de salud..... G</p> <p>Pariente/amiga(o) H</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No responde..... ?</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTA REVISIÓN?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si es incapaz de determinar si es público o privado, escriba el nombre del sitio.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nombre del sitio</i>)</p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada 11</p> <p>Casa de la partera 13</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno 21</p> <p>Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22</p> <p>Otra institución pública (<i>especifique</i>) 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Otro centro médico privado (<i>especifique</i>) 36</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)..... 96</p> <p>No responde..... 99</p>	<p>11⇒ PN15</p> <p>13⇒ PN15</p> <p>12⇒ PN15</p> <p>31⇒ PN15</p> <p>32⇒ PN15</p> <p>36⇒ PN15</p> <p>96⇒ PN15</p>
<p>PN14A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN SE REALIZÓ ESA REVISIÓN?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular) 5</p> <p>Otra institución (<i>especifique</i>) 6</p> <p>_____ 6</p> <p>No responde..... 9</p>	

PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en sector público o privado? <input type="checkbox"/> Sí, el niño/a nació en sector público o privado (MN18=21-26 o 31-36) ⇒ Continúe con PN16 <input type="checkbox"/> No, el niño/a no nació en sector público o privado (MN18=11-13 o 96) ⇒ Vaya a PN17		
PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de Unidad en MN18</i>), ¿REVISÓ ALGUIEN SU SALUD?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒PN24
PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud? <input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) ⇒ Continúe con PN18 <input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud, partera tradicional o un promotor (a) auxiliar o asistente de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) ⇒ Vaya a PN19		
PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINARA EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>persona o personas en MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?	Sí.....1 No.....2 No responde.....9	1⇒PN20 2⇒PN24
PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿REVISÓ 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 No responde.....9	2⇒PN24
PN20. ¿ESTA REVISIÓN OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?	Una vez.....1 Más de una vez.....2 No responde.....9	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESA REVISIÓN? PN21B. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ LA PRIMERA DE ESTAS EVALUACIONES? <i>Si es menos de un día, registre las horas.</i> <i>Si es menos de una semana, registre los días.</i> <i>De lo contrario, registre las semanas.</i>	Horas.....1 ___ Días.....2 ___ Semanas.....3 ___ NS/no recuerda.....998 No responde.....999	
PN22. ¿QUIÉN REVISÓ <u>SU</u> SALUD EN AQUEL MOMENTO? <i>Puede registrar más de un opción</i>	Profesional de la salud: Médico.....A Enfermera.....B Partera profesional técnica.....C Otra persona Partera tradicional.....F Promotor(a) auxiliar o asistente de salud.....G Pariente/amiga/o.....H Otro (<i>especifique</i>).....X No responde.....?	

<p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nombre del sitio)</i></p>	<p>Hogar</p> <p>Casa de la entrevistada 11</p> <p>Otra casa 12</p> <p>Casa de la partera 13</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno 21</p> <p>Clínica del gobierno/Unidad de salud ... 22</p> <p>Otra institución pública (especifique) _____ 26</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Otro centro médico privado (especifique) _____ 36</p> <p>Otro (especifique)..... 96</p> <p>No responde..... 9</p>	<p>11⇒ PN24</p> <p>13⇒ PN24</p> <p>12⇒ PN24</p> <p>31⇒ PN24</p> <p>32⇒ PN24</p> <p>36⇒ PN24</p> <p>96⇒ PN24</p>
<p>PN23A. ¿EN QUÉ INSTITUCIÓN SE REALIZÓ ESTE CONTROL?</p>	<p>Seguro Social (IMSS) 1</p> <p>IMSS-Solidaridad- Oportunidades-Prospera 2</p> <p>ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) 3</p> <p>Pemex, Defensa o Marina 4</p> <p>Unidad de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular)..... 5</p> <p>Otra institución (especifique) _____ 6</p> <p>No responde..... 9</p>	
<p>PN24. EN LA PRIMERA SEMANA DESPUÉS DEL PARTO DE (<i>nombre</i>) ¿ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD LE DIO INFORMACIÓN SOBRE:</p> <p>[A] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HEMORRAGIA?</p> <p>[B] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PRECLAMPSIA, ECLAMPSIA? (ES DECIR, LA PRESIÓN ALTA DURANTE EL EMBARAZO O POCO DESPUÉS DEL PARTO)</p> <p>[C] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIONES?</p> <p>[D] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE TROMBOSIS O COÁGULOS?</p> <p>[E] ¿NUTRICIÓN?</p> <p>[F] ¿LACTANCIA MATERNA?</p>	<p style="text-align: right;">Sí No NR</p> <p>Hemorragia..... 1 2 9</p> <p>Preclampsia..... 1 2 9</p> <p>Infecciones 1 2 9</p> <p>Trombosis..... 1 2 9</p> <p>Nutrición 1 2 9</p> <p>Lactancia..... 1 2 9</p>	

[G] ¿HIGIENE, SOBRE TODO LAVADO DE MANOS?	Higiene 1 2 9	
[H] ¿ANTICONCEPCIÓN?	Anticoncepción 1 2 9	
[I] ¿SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POST NATAL O POST PARTO?	Depresión 1 2 9	
[J] ¿LA IMPORTANCIA DE QUE EL BEBÉ DUERMA BOCA ARRIBA?	Duerma boca arriba 1 2 9	

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD **IS**

IS1. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15

¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de algún niño/a menor de 5 años?

Sí ⇒ Continúe con IS2.

No ⇒ Vaya al siguiente módulo.

<p>IS2. ALGUNAS VECES, LOS NIÑOS/AS TIENEN ENFERMEDADES GRAVES Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UNA UNIDAD DE SALUD.</p> <p>¿QUÉ TIPOS DE SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA A UN NIÑO MENOR DE 5 AÑOS A UNA UNIDAD DE SALUD INMEDIATAMENTE?</p> <p><i>Indague:</i></p> <p>¿ALGÚN OTRO SÍNTOMA?</p> <p><i>Siga preguntando por más signos o síntomas hasta que la madre/persona encargada no pueda recordar ningún otro.</i></p> <p><i>Marque con un círculo todos los síntomas mencionados, pero no induzca la respuesta con sugerencias.</i></p>	<p>El niño/a no puede ingerir líquido o ser amamantado..... A</p> <p>El niño/a empeora..... B</p> <p>El niño/a tiene fiebre o calentura C</p> <p>El niño/a tiene respiración rápida D</p> <p>El niño/a tiene dificultades para respirar.... E</p> <p>El niño/a tiene sangre en las heces.....F</p> <p>El niño/a ingiere poco líquido G</p> <p>El niño/a tiene diarrea o vómito..... H</p> <p>El niño/a tiene dolor I</p> <p>El niño/a está intoxicado o reacción alérgica severa..... J</p> <p>El niño/a tiene convulsiones..... K</p> <p>Otro _____ X</p> <p>No responde ?</p>	
---	---	--

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>No2</p> <p>No está segura o no sabe8</p> <p>No responde9</p>	<p>1⇒CP2A</p>
--	---	---------------

<p>CP2. LAS PERSONAS UTILIZAN VARIAS MANERAS O MÉTODOS PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO.</p> <p>¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒CP3</p>
<p>CP2A. ¿ALGUNA VEZ HA HECHO ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒Siguiente módulo</p> <p>2⇒Siguiente módulo</p> <p>9⇒Siguiente módulo</p>
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA DEMORAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta.</i></p> <p><i>Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Esterilización femenina (OTB o ligadura de trompas) A</p> <p>Esterilización masculina (vasectomía)..... 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/Óvulos J</p> <p>Abstinencia periódica / Ritmo..... L</p> <p>Retiro (coito interrumpido)..... M</p> <p>Parche..... N</p> <p>Pastilla de emergencia..... O</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) X</p> <p>No responde ?</p>	

NECESIDAD NO SATISFECHA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		UN
<p>UN1. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Continúe con UN2</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Vaya a UN5</p>		
<p>UN2. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR DE SU ACTUAL EMBARAZO. CUANDO SE QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA QUEDARSE EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒UN4</p>
<p>UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO/A MÁS TARDE O NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS/AS?</p>	<p>Más tarde 1</p> <p>No más 2</p> <p>No responde 9</p>	

UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO/A QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO/A O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS/AS?	Tener otro hijo/a 1 No más/ninguno 2 No ha decidido/NS 8 No responde 9	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Verifique CP3. ¿Está utilizando ahora “Esterilización femenina”? <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/A O PREFERIRÍA NO TENER (NINGÚN/ MÁS) HIJO/S?	Tener (un/otro) hijo/a 1 No más/ninguno 2 Dice que no puede quedarse embarazada. 3 No lo ha decidido/NS 8 No responde 9	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9 9⇒UN9
UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR HASTA EL NACIMIENTO DE (UN/OTRO) HIJO/A? <i>Registre la respuesta tal y como lo afirme la entrevistada.</i>	Meses 1 ___ Años 2 ___ No quiere esperar (pronto/ahora)..... 993 Dice que no puede quedar embarazada .. 994 Después del casamiento..... 995 Otro..... 996 NS..... 998 No responde..... 999	994⇒UN11
UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente ⇒ Vaya a UN13 <input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe ⇒ Continúe con UN9		
UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método? <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 sabe 8 No responde..... 9	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13

<p>UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDARSE EMBARAZADA?</p> <p><i>No lea las respuestas.</i></p> <p><i>Puede marcar más de una opción.</i></p>	<p>Relaciones sexuales infrecuentes /no tiene relaciones sexuales A</p> <p>Menopausia B</p> <p>Nunca menstruó..... C</p> <p>Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)..... D</p> <p>Ha estado intentando quedarse embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados..... E</p> <p>Amenorrea postparto..... F</p> <p>Amamantamiento G</p> <p>Demasiado mayor H</p> <p>Fatalista I</p> <p>Otro (<i>especifique</i>) _____ X</p> <p>NS Z</p> <p>No responde ?</p>	
--	--	--

UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó “nunca menstruó”?

Mencionado. ⇒ Vaya al Siguiete módulo

No mencionado ⇒ Continúe con UN13

<p>UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL?</p> <p><i>Anote la respuesta usando la misma unidad indicada por la entrevistada</i></p>	<p>Hace días..... 1 ___</p> <p>Hace semanas 2 ___</p> <p>Hace meses 3 ___</p> <p>Hace años..... 4 ___</p> <p>En la menopausia/se le ha realizado histerectomía..... 994</p> <p>Antes del último nacimiento..... 995</p> <p>Nunca menstruó..... 996</p> <p>No responde..... 999</p>	
---	--	--

ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA		DV			
<p>DV1. A VECES, UN ESPOSO ESTÁ MOLESTO O SE ENOJA POR COSAS QUE LA ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL ESPOSO GOLPEE A SU ESPOSA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:</p>		Sí	No	NS	NR
[A] ¿SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle	1	2	8	9
[B] ¿SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS/AS?	Descuida a los niños/as.....	1	2	8	9
[C] ¿SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....	1	2	8	9
[D] ¿SI ELLA SE NIEGA A MANTENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a mantener relaciones sexuales	1	2	8	9
[E] ¿SI SE LE QUEMA LA COMIDA?	Quema la comida.....	1	2	8	9
[F] ¿SI ELLA NO TIENE LA COMIDA LISTA?	Comida lista.....	1	2	8	9
[G] ¿SI ELLA NO TIENE LA CASA LIMPIA?	Casa limpia.....	1	2	8	9

MATRIMONIO/UNIÓN		MA
MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O VIVIENDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, actualmente casada 1 Sí, viviendo con una pareja..... 2 No, no en unión 3 No responde..... 9	3⇒MA5
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS TIENE SU PAREJA? <i>Indague: ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA SU PAREJA EN SU ÚLTIMO CUMPLEAÑOS (DE ÉL)?</i>	Edad en años __ __ No sabe 98 No responde..... 99	⇒MA7 98⇒MA7 99⇒MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Sí, casada en el pasado 1 Sí, vivió con una pareja en el pasado..... 2 No 3 No responde 9	3⇒ Siguiente módulo
MA6. ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN CONYUGAL AHORA: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA O SEPARADA?	Viuda..... 1 Divorciada 2 Separada..... 3 No responde..... 9	
MA7. ¿HA ESTADO USTED CASADA O HA VIVIDO CON UNA PAREJA SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez..... 1 Más de una vez 2 No responde 9	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA? MA8B. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE CASÓ USTED <u>POR PRIMERA VEZ</u> O COMENZÓ A VIVIR CON UNA PAREJA COMO SI ESTUVIERA CASADA?	Fecha del (primer) matrimonio Mes __ __ No sabe en qué mes 98 No responde en qué mes 99 Año..... __ __ __ __ No sabe en qué año 9998 No responde en qué año 9999	⇒Siguiente módulo
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU (<u>PRIMERA</u>) PAREJA?	Edad en años __ __	

COMPORTAMIENTO SEXUAL		SB
<i>Verifique que no haya otras personas presentes. Antes de continuar, asegúrese de que haya privacidad. Utilice las tarjetas donde aparecen las preguntas de esta sección, para brindar mayor privacidad, de ser útil.</i>		
SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDAD SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES DE LA VIDA. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca mantuvo relaciones sexuales 00 Edad en años..... __ __ Por primera vez cuando comenzó a vivir con (primer) pareja 95 No responde 99	00⇒SB16

SB2. ¿LA PRIMERA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	SÍ..... 1 No..... 2 No sabe/no recuerda..... 8 No responde 9	
SB2A. ¿Y LA PERSONA CON LA QUE MANTUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ ERA HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2 No responde 9	
SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES? <i>Anote las respuestas en días, semanas o meses si es menos de 12 meses (un año).</i> <i>Si son 12 meses (un año) o más, la respuesta se registrará en años.</i>	Hace días.....1 __ __ Hace semanas2 __ __ Hace meses.....3 __ __ Hace años.....4 __ __ No responde 999	4⇒SB15
SB4. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES SE UTILIZÓ CONDÓN?	SÍ..... 1 No..... 2 No responde 9	
SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON QUIEN MANTUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de las relaciones sexuales.</i> <i>Si es “novio”, pregunte:</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 Pareja conviviente..... 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 No responde 9	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Verifique MA1: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) ⇒ Vaya 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:</i> ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?	Edad de la pareja sexual.....__ __ No sabe 98 No responde 99	
SB7A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre.....1 Mujer.....2	

SB8. ¿HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	SÍ..... 1 NO..... 2 No responde 9	2⇒SB15 9⇒SB15
SB9. ¿LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED MANTUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA PERSONA SE UTILIZÓ CONDÓN?	SÍ..... 1 NO..... 2 No responde 9	
SB10. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA CON ESA PERSONA? <i>Indague para asegurarse de que la respuesta se refiere a la relación en el momento de la relación sexual</i> <i>Si es el “novio”, pregunte:</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 Pareja/Concubina (o) 2 Novio 3 Pareja casual 4 Otro (<i>especifique</i>) 6 No responde 9	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Verifique MA1 y MA7: <input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con una pareja (MA1 = 1 o 2) Y Casada sólo una vez o vivió con una pareja sólo una vez (MA7 = 1) ⇒ Vaya 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 de la pareja sexual __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB12A. ¿ESTÁ PERSONA ES HOMBRE O MUJER?	Hombre..... 1 Mujer..... 2 No responde 9	
SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA MANTENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	SÍ..... 1 NO..... 2 No responde 9	2⇒SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de parejas __ __	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA MANTENIDO 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 95 o más, anote “95”.</i>	Número de parejas en toda su vida __ __ No sabe 98 No responde 99	
SB16. Indique si utilizó las tarjetas de comportamiento sexual: SI..... 1 NO..... 2		

VIH / SIDA		HA																				
HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿ALGUNA VEZ HA OÍDO HABLAR DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No responde 9	2⇒Siguiente módulo																				
HA2. ¿PIENSA QUE ALGUIEN TIENE MENOS POSIBILIDADES DE CONTAGIARSE DEL VIRUS DEL SIDA SI SÓLO TIENE RELACIONES SEXUALES CON UNA PERSONA QUE NO TENGA SIDA Y QUE TAMPOCO TENGA OTRAS PAREJAS?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde 9																					
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIRUS DEL SIDA POR BRUJERÍA O MAL DE OJO?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde 9																					
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 No responde 9																					
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 No responde 9																					
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 No responde 9																					
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE TENGA EL VIRUS DEL SIDA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No responde 9																					
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?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante el embarazo</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Amamantando</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	Durante el embarazo	1	2	8	9	Durante el parto.....	1	2	8	9	Amamantando	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																		
Durante el embarazo	1	2	8	9																		
Durante el parto.....	1	2	8	9																		
Amamantando	1	2	8	9																		
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIRUS DEL SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																					

HA10. ¿USTED LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN TENDERO O VENDEDOR SI SUPIERA QUE ESTA PERSONA TIENE EL VIRUS DEL SIDA?	SÍ 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿USTED PREFERIRÍA QUE NO SE SUPIERA?	SÍ 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIRUS DEL SIDA, ¿ESTARÍA USTED DISPUESTA A CUIDAR DE ÉL/ELLA EN SU CASA?	SÍ 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA12A. EN SU OPINIÓN, NIÑOS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL SIDA DEBEN PODER ASISTIR A LA ESCUELA CON NIÑOS QUE NO TIENEN ESTE VIRUS?	SÍ 1 No 2 No sabe/no está segura/depende 8 No responde 9																										
HA13. Verifique CM13: ¿algún nacido vivo en los últimos dos años? <input type="checkbox"/> No tuvo nacidos vivos en los últimos dos años (CM13= “No” o quedó en blanco) ⇒ Vaya a HA24. <input type="checkbox"/> Uno o más nacidos vivos en los últimos dos años. ⇒ Continúe con HA14.																											
HA14. Verifique MNI: recibió revisión prenatal <input type="checkbox"/> Recibió revisión prenatal. ⇒ Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió revisiones prenatales ⇒ Vaya a HA24																											
HA15. ¿DURANTE CUALQUIER CONTROL PRENATAL A LO LARGO DE SU EMBARAZO DE (<i>nombre</i>), ¿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? [D] ¿SE LE OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA PARA EL VIRUS DEL SIDA?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>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> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>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> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>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> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		SÍ	NO	NS	NR	SIDA de la madre	1	2	8	9	Cosas que hacer	1	2	8	9	Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9	Se le ofreció una prueba	1	2	8	9	
	SÍ	NO	NS	NR																							
SIDA de la madre	1	2	8	9																							
Cosas que hacer	1	2	8	9																							
Hacerse la prueba del SIDA	1	2	8	9																							
Se le ofreció una prueba	1	2	8	9																							
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 No responde 9	2⇒HA19 8⇒HA19																									
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	SÍ 1 No 2 No sabe 8 No responde 9	2⇒HA22 8⇒HA22																									

<p>HA18. INDEPENDIEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR ORIENTACIÓN DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO.</p> <p>¿RECIBIÓ USTED ORIENTACIÓN DESPUÉS DE LA PRUEBA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde 9</p>	<p>1⇒HA22 2⇒HA22</p> <p>8⇒HA22 9⇒HA22</p>
<p>HA19. Verifique MN17: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto (MN17 = A, B o C) ⇒ Continúe con HA20</p> <p><input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud (MN17 = más) ⇒ 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 ANTES DE QUE NACIERA EL BEBÉ?</p>	<p>Sí.....1 No.....2</p> <p>No responde 9</p>	<p>2⇒HA24</p> <p>9⇒HA24</p>
<p>HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA?</p>	<p>Sí.....1 No.....2</p> <p>No responde 9</p>	
<p>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?</p>	<p>Sí.....1 No.....2</p> <p>No responde 9</p>	<p>1⇒HA25</p> <p>9⇒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 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde 9</p>	<p>1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 3⇒Siguiente Módulo 9⇒Siguiente Módulo</p>
<p>HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI USTED TIENE EL VIRUS DEL SIDA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No responde 9</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 1 12-23 meses atrás..... 2 Hace 2 o más años 3 No responde.....9</p>	
<p>HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p> <p>No sabe 8 No responde 9</p>	<p>1⇒Siguiente módulo 2⇒Siguiente módulo 8⇒Siguiente módulo</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>Sí.....1 No.....2</p> <p>No responde 9</p>	

NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

LS

LS1. Verifique WB2: ¿La edad de la entrevistada es de 15a 24 años?

- Edad de 25 a 49 ⇒ Vaya a SD1
- Edad de 15 a 24 ⇒ Continúe con LS2

LS2. ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SENCILLAS SOBRE SU FELICIDAD Y SATISFACCIÓN.

PRIMERO, CONSIDERANDO TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA, ¿DIRÍA USTED QUE ES MUY FELIZ O ALGO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 1 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta seleccionado por la entrevistada.

- Muy feliz..... 1
- Algo feliz 2
- Ni feliz ni infeliz 3
- Un poco infeliz..... 4
- Muy infeliz..... 5
- No responde 9

LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.

EN CADA CASO, HAY CINCO POSIBILIDADES: DÍGAME, PARA CADA PREGUNTA, SI USTED ESTÁ MUY SATISFECHA, ALGO SATISFECHA, NI SATISFECHA NI INSATISFECHA, UN POCO INSATISFECHA O MUY INSATISFECHA.

TAMBIÉN PUEDE MIRAR ESTAS IMÁGENES PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.

Muestre la cara 2 de la tarjeta de respuestas y explíquela el significado de cada símbolo. Circule el código de respuesta indicado por la entrevistada para las preguntas LS3 a LS13.

¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?

- Muy satisfecha 1
- Algo satisfecha..... 2
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3
- Un poco insatisfecha 4
- Muy insatisfecha 5
- No responde 9

LS4. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?

- Muy satisfecha 1
- Algo satisfecha..... 2
- Ni satisfecha ni insatisfecha 3
- Un poco insatisfecha 4
- Muy insatisfecha 5
- No responde 9

LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR ACTUAL / 2015-2016, ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?

- Sí..... 1
- No..... 2 2⇒LS7
- No responde 9 9⇒LS7

<p>LS6. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS7. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU EMPLEO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene ningún empleo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta. No trate de indagar cómo se siente por no tener empleo, a menos que se lo mencione ella misma.</i></p>	<p>No tiene empleo 0</p> <p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS8. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS9. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?</p> <p><i>En caso de que sea necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i></p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS10. ¿QUÉ TAN SATISFECHA, EN GENERAL, ESTÁ CON CÓMO LA TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS11. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS12. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?</p>	<p>Muy satisfecha 1 Algo satisfecha 2 Ni satisfecha ni insatisfecha 3 Un poco insatisfecha 4 Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	

<p>LS13. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule "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.</i></p>	<p>No tiene ingresos 0</p> <p>Muy satisfecha 1</p> <p>Algo satisfecha 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha 3</p> <p>Un poco insatisfecha 4</p> <p>Muy insatisfecha 5</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS14. ¿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>	<p>Mejorado 1</p> <p>Mantenido más o menos igual 2</p> <p>Empeorado 3</p> <p>No responde 9</p>	
<p>LS15. ¿Y EN UN AÑO, CREE USTED QUE LA VIDA SERÁ MEJOR, MÁS O MENOS IGUAL O PEOR?</p>	<p>Mejor 1</p> <p>Más o menos igual 2</p> <p>Peor 3</p> <p>No responde 9</p>	

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA		SD
<p>A CONTINUACIÓN LE MENCIONARÉ SENTIMIENTOS O CONDUCTAS QUE USTED HAYA PODIDO EXPERIMENTAR. POR FAVOR, DÍGAME CON QUÉ FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.</p> <p>DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...</p> <p><i>Entrevistador: lea las opciones de respuesta para cada pregunta y anote sólo una.</i></p>		
<p>SD1. ¿SENTÍA COMO SI NO PUDIERA QUITARSE DE ENCIMA LA TRISTEZA?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día).....1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días).....3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>SD2. ¿LE COSTABA CONCENTRARSE EN LO QUE ESTABA HACIENDO?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día).....1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días).....3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4</p> <p>No responde.....9</p>	
<p>SD3. ¿SE SINTIÓ DEPRIMIDA?</p>	<p>Rara vez o nunca (menos de un día).....1</p> <p>Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2</p> <p>Un número de veces considerable (3-4 días).....3</p> <p>Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4</p> <p>No responde.....9</p>	

SD4. ¿LE PARECÍA QUE TODO LO QUE HACÍA ERA UN ESFUERZO?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD5. ¿NO DURMIÓ BIEN?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD6. ¿DISFRUTÓ DE LA VIDA?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD 7. ¿SE SINTIÓ TRISTE?	Rara vez o nunca (menos de un día).....1 Pocas veces o alguna vez (1-2 días).....2 Un número de veces considerable (3-4 días).....3 Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días).....4 No responde.....9	
SD8. AHORA LE QUIERO HACER UNA ÚLTIMA PREGUNTA SOBRE OTRO TEMA: ¿USTED ESTÁ AFILIADA O INSCRITA A LOS SERVICIOS MÉDICOS DE: <i>Lea todas las respuestas y marque todas las instituciones que apliquen.</i>	Seguro Social (IMSS)?.....A IMSS-Solidaridad-Oportunidades-Prospera?.....B ISSSTE o ISSSTE Estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.)?.....C Pemex, Defensa o Marina?.....D Seguro Popular?.....E Seguro PrivadoF Otro (<i>especifique</i>)X No responde.....?	

WM11. Anote la hora.	Hora y minutos :	
-----------------------------	------------------------------	--

<p>WM12. Verifique el Listado de miembros del hogar, columna HL7B y HL15. ¿Es la entrevistada la madre o la encargada de algún niño/a de 0 a 4 años que vive en este hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí ⇒ Proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada y, entonces, vaya al CUESTIONARIO DE NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS para ese niño/a y comience la entrevista con esta entrevistada.</p> <p><input type="checkbox"/> No ⇒ Finalice la entrevista con esta entrevistada agradeciéndole su cooperación y proceda a completar el resultado de la entrevista con la mujer (WM7) en la página de portada.</p>

Observaciones de la Entrevistadora




Observaciones del Supervisor

TARJETA DE RESPUESTA:

LADO 1

Muy feliz 	Algo feliz 	Ni feliz ni infeliz 	Un poco infeliz 	Muy infeliz 
---	--	---	--	---

LADO 2

Muy satisfecha 	Algo satisfecha 	Ni satisfecha ni insatisfecha 	Un poco insatisfecha 	Muy insatisfecha 
---	--	--	--	---