

WB1. ¿EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED?	Fecha de nacimiento: Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el mes..... 98 Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el año..... 9998	
WB2. ¿QUÉ EDAD TIENE EN AÑOS CUMPLIDOS? <i>Compare y corrija WB1 y/o WB2 si son inconsistentes</i>	Edad (en años cumplidos)..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
WB3. ¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ AL PREESCOLAR O A LA ESCUELA?	Si..... 1 No..... 2	2 → WB7
WB4. ¿CUÁL ES EL NIVEL MÁS ALTO AL QUE HA ASISTIDO USTED EN LA ESCUELA?	Preescolar..... 01 Enseñanza especial..... 02 Primaria..... 03 Vocacional..... 04 Secundaria..... 05 Superior no universitaria..... 06 Superior universitaria..... 07 Especialidad (postgrado)..... 08 Maestría..... 09 Doctorado..... 10	01 → WB7 02 → WB7
WB5. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO MÁS ALTO QUE COMPLETÓ EN ESE NIVEL? <i>Si es menos de 1 grado o año, anote "00"</i>	Grado/año <input type="text"/> <input type="text"/>	
WB6. Verifique WB4: <input type="checkbox"/> Secundaria, vocacional o superior → Vaya a MT2 <input type="checkbox"/> Primaria → Continúe con WB7		
WB7. AHORA, ME GUSTARÍA QUE ME LEA ESTA FRASE. <i>Muestre las frases 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..... _____ (especifique el idioma) 4 Ciega/muda, dificultad para ver o hablar 5	1 → MT3 2 → MT2 3 → MT2 4 → MT2 5 → MT3

CAPÍTULO IX. ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN
 MT

MT2. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LEE UN PERIÓDICO O REVISTA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT3. ¿ESCUCHA LA RADIO CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT4. ¿CON QUÉ FRECUENCIA VE TELEVISIÓN? ¿DIRÍA QUE CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana..... 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	

MT6. ¿ALGUNA VEZ USÓ COMPUTADORA?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT9
MT7. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA USADO UNA COMPUTADORA ?	Si..... 1 No..... 2	1 → MT8
MT7A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ COMPUTADORA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → MT9 2 → MT9 3 → MT9 4 → MT9 5 → MT9 6 → MT9
MT8. EN EL ÚLTIMO MES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ UNA COMPUTADORA? ¿CASI TODOS LOS DÍAS, AL MENOS UNA VEZ POR SEMANA, MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NUNCA?	Casi todos los días..... 1 Al menos una vez por semana 2 Menos de una vez por semana..... 3 Nunca..... 4	
MT9. ¿ALGUNA VEZ USÓ INTERNET?	Si..... 1 No..... 2	2 → MT10A
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>	Si..... 1 No..... 2	1 → MT10B 2 → Sig. Cap.
MT10A. ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE USTED NO UTILIZÓ INTERNET DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	No tiene 1 No sabe usarla 2 No tiene acceso a ella..... 3 No tiene necesidad de ella..... 4 Desconoce su utilidad 5 Otra 6	1 → Sig. Cap. 2 → Sig. Cap. 3 → Sig. Cap. 4 → Sig. Cap. 5 → Sig. Cap. 6 → Sig. Cap.
MT10B. ¿PARA CUÁL DE LAS SIGUIENTE ACTIVIDADES UTILIZÓ EL INTERNET EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? [A] RECIBIR O ENVIAR CORREO ELECTRÓNICO? [B] PARTICIPAR EN REDES SOCIALES? [C] LEER O DESCARGAR NOTICIAS, PERIÓDICOS O REVISTAS DE ACTUALIDAD ON-LINE? [D] INTERACCIÓN CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES? [E] OBTENER INFORMACIÓN SOBRE PRODUCTOS O SERVICIOS? [F] COMPRA, VENTA O CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS? [G] OPERACIONES DE BANCA ELECTRÓNICA? [H] BUSCAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN FORMAL O CAPACITACIÓN? [I] BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD? [J] DESCARGAR SOFTWARE, ENTRETENIMIENTO U OTROS?	Recibir o enviar correo electrónico..... A Participar en redes sociales..... B Leer o descargar noticias, periódicos o revistas de actualidad on-line..... C Interacción con organizaciones gubernamentales..... D Obtener información sobre productos o servicios..... E Compra, venta o contratación de bienes o servicios..... F Operaciones de banca electrónica..... G Buscar o participar en actividades de educación formal o capacitación..... H Buscar información sobre temas de salud..... I Descargar software, entretenimiento u otros..... J	
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	

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

CM1. AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE ACERCA DE LOS NACIMIENTOS VIVOS QUE USTED HA TENIDO DURANTE TODA SU VIDA. ¿HA DADO USTED A LUZ ALGUNA VEZ? ¿HA TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS ?	Si..... 1 No..... 2	2 → Cap. XIV
CM12. DE ESTOS NACIMIENTOS QUE USTED HA TENIDO, ¿CUÁNDO DIO A LUZ EL ÚLTIMO HIJO ÚLTIMA HIJA (AÚN CUANDO ESTE HAYA FALLECIDO)? <i>Se deben anotar el mes y el año.</i>	Fecha de nacimiento: Día..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe el día..... 98 Mes..... <input type="text"/> <input type="text"/> Año..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CM13. Verifique CM12: Último nacimiento ocurrió en los 2 últimos años, es decir, desde (día y mes de la encuesta) de 2011 <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos 2 años. Vaya al capítulo de SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD. <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos 2 años. Pregunte el nombre del niño Nombre del niño / de la niña _____ Si el niño / la niña ha fallecido, tenga cuidado al referirse a este niño por su nombre en los capítulos siguientes. Continúe con el siguiente capítulo		

CAPÍTULO XI. ÚLTIMO NACIMIENTO DESEADO

Este capítulo al igual que los 2 subsiguientes deben aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13 y anote aquí el nombre del último hijo/a nacido/a

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

DB1. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA DE (nombre), ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA?	Si..... 1 No..... 2	1 → Sig. Cap.
DB2. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?	Más adelante..... 1 No más..... 2	2 → Sig. Cap.
DB3. ¿CUÁNTO TIEMPO MÁS QUERÍA USTED ESPERAR?	Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 998	

CAPÍTULO XII. SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

MN1. ¿TUVO USTED CONTROL PRENATAL CUANDO ESTABA EMBARAZADA DE (nombre)?	Si..... 1 No..... 2	2 → MN17
MN2. ¿QUIÉN LA ATENDIÓ? <i>Indague: ¿ALGUNA OTRA PERSONA?</i> <i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i>	Profesional de la salud: Médico..... A Enfermera..... B Auxiliar de Enfermera..... C Promotor de la Salud..... G Otra persona: Comadrona..... E Partera tradicional..... F Parientes, amigo(a)..... H Curandero/Hierbero..... I Médico Tradicional Indígena..... J Otro: _____ X _____ (especifique)	

MN3. ¿CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES RECIBIÓ DURANTE ESTE EMBARAZO? <i>No sabe 98</i>	Número de controles..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 98																																																										
MN4. COMO PARTE DE SU CONTROL PRENATAL, SE 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?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Si</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presión arterial.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de orina.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Muestra de sangre.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Si	No	Presión arterial.....	1	2	Muestra de orina.....	1	2	Muestra de sangre.....	1	2																																														
	Si	No																																																									
Presión arterial.....	1	2																																																									
Muestra de orina.....	1	2																																																									
Muestra de sangre.....	1	2																																																									
MN17. ¿QUIÉN LA ASISTIÓ EN EL PARTO DE (<i>nombre</i>)? <i>Indague:</i> ¿ALGUNA OTRA PERSONA? <i>Indague a qué persona acudió y marque con un círculo todas las respuestas.</i> <i>Si la entrevistada dice que nadie la asistió, indague para determinar si había adultos presentes en el momento del parto.</i>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td colspan="2">Profesional de la salud:</td> </tr> <tr> <td>Médico.....</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>Enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>Auxiliar de Enfermera.....</td> <td style="text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td>Promotor de la Salud.....</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Otra persona:</td> </tr> <tr> <td>Comadrona.....</td> <td style="text-align: center;">E</td> </tr> <tr> <td>Partera tradicional.....</td> <td style="text-align: center;">F</td> </tr> <tr> <td>Parientes, amigo(a).....</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>Curandero/Hierbero.....</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td>Médico Tradicional Indígena.....</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(<i>especifique</i>)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nadie.....</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </tbody> </table>	Profesional de la salud:		Médico.....	A	Enfermera.....	B	Auxiliar de Enfermera.....	C	Promotor de la Salud.....	G	Otra persona:		Comadrona.....	E	Partera tradicional.....	F	Parientes, amigo(a).....	H	Curandero/Hierbero.....	I	Médico Tradicional Indígena.....	J	Otro: _____	X	_____		(<i>especifique</i>)		Nadie.....	Y																												
Profesional de la salud:																																																											
Médico.....	A																																																										
Enfermera.....	B																																																										
Auxiliar de Enfermera.....	C																																																										
Promotor de la Salud.....	G																																																										
Otra persona:																																																											
Comadrona.....	E																																																										
Partera tradicional.....	F																																																										
Parientes, amigo(a).....	H																																																										
Curandero/Hierbero.....	I																																																										
Médico Tradicional Indígena.....	J																																																										
Otro: _____	X																																																										

(<i>especifique</i>)																																																											
Nadie.....	Y																																																										
MN18. ¿DÓNDE DIO USTED A LUZ A (<i>nombre</i>)? <i>Indague para identificar el tipo de fuente.</i> <i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Su casa.....</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="vertical-align: top;">11 → MN20</td> </tr> <tr> <td>Otra casa.....</td> <td style="text-align: center;">12</td> <td style="vertical-align: top;">12 → MN20</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Sector público</td> </tr> <tr> <td>Hospital del gobierno.....</td> <td style="text-align: center;">21</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clínica del gobierno/Centro de salud.....</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Puesto de salud del gobierno.....</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra institución pública.....</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(<i>especifique</i>)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Sector Médico Privado</td> </tr> <tr> <td>Hospital privado.....</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clínica privada.....</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Casa privada de maternidad.....</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro centro médico privado.....</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(<i>especifique</i>)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: center;">96</td> <td style="vertical-align: top;">96 → MN20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(<i>especifique</i>)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Su casa.....	11	11 → MN20	Otra casa.....	12	12 → MN20	Sector público			Hospital del gobierno.....	21		Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22		Puesto de salud del gobierno.....	23		Otra institución pública.....	26		_____			(<i>especifique</i>)			Sector Médico Privado			Hospital privado.....	31		Clínica privada.....	32		Casa privada de maternidad.....	33		Otro centro médico privado.....	36		_____			(<i>especifique</i>)			Otro: _____	96	96 → MN20	_____			(<i>especifique</i>)			
Su casa.....	11	11 → MN20																																																									
Otra casa.....	12	12 → MN20																																																									
Sector público																																																											
Hospital del gobierno.....	21																																																										
Clínica del gobierno/Centro de salud.....	22																																																										
Puesto de salud del gobierno.....	23																																																										
Otra institución pública.....	26																																																										

(<i>especifique</i>)																																																											
Sector Médico Privado																																																											
Hospital privado.....	31																																																										
Clínica privada.....	32																																																										
Casa privada de maternidad.....	33																																																										
Otro centro médico privado.....	36																																																										

(<i>especifique</i>)																																																											
Otro: _____	96	96 → MN20																																																									

(<i>especifique</i>)																																																											
MN19. ¿NACIÓ (<i>nombre</i>) POR CESÁREA? ES DECIR, ¿SE LE HIZO UNA CIRUGÍA PARA SACAR AL BEBÉ?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Si.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	Si.....	1	No.....	2																																																						
Si.....	1																																																										
No.....	2																																																										
MN20. CUANDO NACIÓ (<i>nombre</i>), ¿ERA ÉL/ELLA MUY GRANDE, MÁS GRANDE QUE EL PROMEDIO, TAMAÑO PROMEDIO, MÁS PEQUEÑO QUE EL PROMEDIO O MUY PEQUEÑO?	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Muy grande.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Más grande que el promedio.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tamaño promedio.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Más pequeño que el promedio.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Muy pequeño.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	Muy grande.....	1	Más grande que el promedio.....	2	Tamaño promedio.....	3	Más pequeño que el promedio.....	4	Muy pequeño.....	5	No sabe.....	8																																														
Muy grande.....	1																																																										
Más grande que el promedio.....	2																																																										
Tamaño promedio.....	3																																																										
Más pequeño que el promedio.....	4																																																										
Muy pequeño.....	5																																																										
No sabe.....	8																																																										

MN21. ¿FUE (<i>nombre</i>) PESADO AL NACER?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → MN23 8 → MN23
MN22. ¿CUÁNTO PESÓ (<i>nombre</i>)? <i>Transcriba el peso de la tarjeta de salud, si está disponible.</i>	De la Tarjeta (kg)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> De Memoria (kg)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 99998	
MN23. ¿DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), LE VOLVIÓ SU PERÍODO MENSTRUAL ?	Si..... 1 No..... 2	
MN24. ¿ALGUNA VEZ LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>)?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN25. ¿CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO LE DIO PECHO A (<i>nombre</i>) POR PRIMERA VEZ? <i>Si la respuesta es "menos de una hora", anote '00' horas.</i> <i>Si la respuesta es 'menos de 24 horas', anote horas.</i> <i>En cualquier otro caso, anote días.</i>	Inmediatamente..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Horas..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/ No recuerda..... 998	
MN26. DURANTE LOS TRES PRIMEROS DÍAS DESPUÉS DEL PARTO DE (<i>nombre</i>), ¿SE LE DIO DE TOMAR ALGO QUE NO SEA LECHE MATERNA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap.
MN27. ¿QUÉ SE LE DIO A (<i>nombre</i>) DE TOMAR? <i>Indague: ¿ALGO MÁS?</i>	Leche (que no sea leche materna)..... A Agua sola (sin aditivos)..... B Agua con azúcar o con glucosa..... C Solución medicinal para aliviar cólicos en bebés..... D Solución de agua con azúcar y sal..... E Jugo de frutas..... F Fórmula para bebés..... G Té/Infusiones..... H Miel..... I Otro: _____ X <i>(especifique)</i>	

CAPÍTULO XIII. CONTROLES DE SALUD POST- NATAL

PN

Recuerde que este capítulo debe aplicarse a todas las mujeres con un nacimiento vivo en los 2 años anteriores a la fecha de la entrevista. Verifique las pregunta CM13, y anote aquí el nombre del último nacimiento

Nombre: _____ Utilice el nombre (del niño)/(de la niña) en las próximas preguntas, donde se indique.

PN1. Verifique MN18: ¿El niño/la niña nació en una instalación de salud?

Sí, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN2

No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 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><u>USTED DIJO QUE DIO A LUZ EN (<i>nombre o tipo de centro en MN18</i>). DESPUÉS DEL PARTO ¿CUÁNTO TIEMPO PERMANECIÓ ALLÍ?</u></p> <p><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></p>	<p>Horas..... 1 <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</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 ESTABA BIEN.</p> <p><u>¿ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>). ALGUIEN EVALUÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN4. AHORA DÍGAME, EN CUANTO A USTED, ¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SU SALUD ANTES DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN5. AHORA ME GUSTARÍA HABLARLE ACERCA DE LO QUE PASÓ DESPUÉS DE QUE SE FUE DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>).</p> <p><u>¿ALGUIEN EXAMINÓ LA CONDICIÓN DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (<i>nombre o tipo de centro en la MN18</i>)?</u></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN16</p>
<p>PN6. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Si, fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) → Continúe con PN7</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) → Vaya a PN10</i></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 EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), REVISANDO EL CORDÓN UMBILICAL, O VIENDO SI (<i>nombre</i>) ESTABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL PARTO Y ANTES DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿(<i>persona o personas en MN17</i>) CHEQUEÓ LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN8. ¿Y (<i>PERSONA O PERSONAS EN MN17</i>) CHEQUEÓ SU SALUD ANTES DE QUE SE MARCHARA?</p> <p>CUANDO DIGO CHEQUEAR SU CONDICIÓN DE SALUD, QUIERO DECIR EXAMINAR SU CONDICIÓN, POR EJEMPLO HACIÉNDOLE PREGUNTAS DE SU SALUD O EVALUÁNDOLA.</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>PN9. DESPUÉS DE QUE (<i>persona o personas en MN17</i>) SE MARCHARA, ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE (<i>nombre</i>)?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN11</p> <p>2 → PN18</p>
<p>PN10. ME GUSTARÍA HABLARLE DE LOS CONTROLES DE SALUD DE (<i>nombre</i>) DESPUÉS DEL PARTO – ALGUIEN QUE EXAMINÓ A (<i>nombre</i>), CHEQUEÓ EL CORDÓN UMBILICAL, O VIÓ SI SE ENCONTRABA BIEN.</p> <p>DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>) ¿CHEQUEÓ ALGUIEN LA SALUD DE ÉL/ELLA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → PN19</p>
<p>PN11. ¿ESTE CHEQUEO OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1 → PN12A</p> <p>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 LAS REVISIONES?</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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Días..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Semanas..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 998</p>	
<p>PN13. ¿QUIÉN CHEQUEÓ LA SALUD DE (nombre) EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN14. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no se puede determinar si fue público o privado, escribir el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública..... 26</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado..... 36</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p>_____</p> <p>(especifique)</p>	
<p>PN15. Verifique MN18: ¿Nació el niño/la niña en una instalación de salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, nació en una instalación de salud (MN18=21-26 o 31-36) → Continúe con PN16</p> <p><input type="checkbox"/> No, no nació en una instalación de salud (MN18=11-12 o 96) → Vaya a PN17</p>		
<p>PN16. DESPUÉS DE QUE SE FUERA DE (nombre o tipo de instalación de salud en la MN18). ¿CHEQUEÓ ALGUIEN SU SALUD?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN17. Verifique MN17: ¿La asistió en el parto algún profesional de la salud, una partera tradicional o una trabajadora de salud comunitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (MN17=A-G) → Continúe con PN18</p> <p><input type="checkbox"/> No, no fue asistida en el parto por un profesional de la salud u otro trabajador/a de salud (A-G no marcadas con un círculo en MN17) → Vaya a PN19</p>		

<p>PN18. ¿DESPUÉS DE QUE TERMINÓ EL PARTO Y QUE SE FUERA (<i>Persona o personas en la MN17</i>), ALGUIEN EXAMINÓ SU SALUD?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → PN20</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN19. DESPUÉS DEL NACIMIENTO DE (<i>nombre</i>), ¿ALGUIEN LA CHEQUEÓ A USTED?</p> <p><i>ME REFIERO A ALGUIEN QUE EVALUARA SU SALUD, POR EJEMPLO, HACIÉNDOLE PREGUNTAS SOBRE SU SALUD O EXAMINÁNDOLA.</i></p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>PN20. ¿ESTE CHEQUEO OCURRIÓ SÓLO UNA VEZ, O MÁS DE UNA VEZ?</p>	<p>Una vez..... 1</p> <p>Más de una vez..... 2</p>	<p>1 → PN21A</p> <p>2 → PN21B</p>
<p>PN21A. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p>PN21B. ¿EN CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO SUCEDIÓ EL PRIMERO DE ESTOS CHEQUEOS?</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 <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..... 998</p>	
<p>PN22. ¿QUIÉN CHEQUEÓ SU SALUD EN AQUEL MOMENTO?</p>	<p>Profesional de la salud:</p> <p>Médico..... A</p> <p>Enfermera..... B</p> <p>Auxiliar de Enfermera..... C</p> <p>Promotor de la Salud..... G</p> <p>Otra persona:</p> <p>Comadrona..... E</p> <p>Partera tradicional..... F</p> <p>Parientes, amigo(a)..... H</p> <p>Curandero/Hierbero..... I</p> <p>Médico Tradicional Indígena..... J</p> <p>Otro: _____ X</p> <p>_____</p> <p><i>(especifique)</i></p>	
<p>PN23. ¿DÓNDE SE REALIZÓ ESTE CHEQUEO?</p> <p><i>Indague para identificar el tipo de instalación.</i></p> <p><i>Si no puede determinar si es público o privado, escriba el nombre del lugar.</i></p>	<p>Su casa..... 11</p> <p>Otra casa..... 12</p> <p>Sector público</p> <p>Hospital del gobierno..... 21</p> <p>Clínica del gobierno/Centro de salud..... 22</p> <p>Puesto de salud del gobierno..... 23</p> <p>Otra institución pública _____ 26</p> <p><i>(especifique)</i></p> <p>Sector Médico Privado</p> <p>Hospital privado..... 31</p> <p>Clínica privada..... 32</p> <p>Casa privada de maternidad..... 33</p> <p>Otro centro médico privado _____ 36</p> <p><i>(especifique)</i></p> <p>Otro sitio: _____ 96</p> <p><i>(especifique)</i></p>	

CAPÍTULO XIV. SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD

IS

<p>IS1. <i>Verifique el Listado de Hogar, columna HL9</i></p> <p><i>¿Es la entrevistada la madre o la persona encargada de (algún niño)/(alguna niña) menor de 5 años?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Sí → <i>Continúe con IS2</i></p> <p><input type="checkbox"/> No → <i>Vaya al Sig. Cap.</i></p>		
<p>IS2. ALGUNAS VECES LOS NIÑOS(AS) TIENEN ENFERMEDADES SEVERAS Y DEBEN SER LLEVADOS INMEDIATAMENTE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD. ¿CUÁLES SÍNTOMAS HARÍAN QUE USTED LLEVARA AL NIÑO(A) A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD INMEDIATAMENTE?</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>Si el niño(a) no puede beber o mamar..... A</p> <p>Si se pone más enfermo..... B</p> <p>Si le da fiebre..... C</p> <p>Si tiene respiraciones rápidas..... D</p> <p>Si tiene dificultad para respirar..... E</p> <p>Si hace deposiciones/heces con sangre..... F</p> <p>Si bebe poco..... G</p> <p>Si tiene alergia..... H</p> <p>Si tiene vómito..... I</p> <p>Si tiene diarrea..... J</p> <p>Otro _____ X <i>(especifique)</i></p> <p>Otro _____ Y <i>(especifique)</i></p> <p>Otro _____ Z <i>(especifique)</i></p>	

CAPÍTULO XV. ANTICONCEPCIÓN

CP

<p>CP1. ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED DE OTRO TEMA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA ACTUALMENTE?</p>	<p>Sí, actualmente embarazada.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No está segura o no Sabe.....8</p>	<p>1 → Sig. cap</p>
<p>CP2. LAS PAREJAS UTILIZAN VARIAS FORMAS O MÉTODOS PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE HACIENDO ALGO O USANDO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → CP3</p>
<p>CP2A. ¿EN EL PASADO HA HECHO USTED ALGO O UTILIZADO ALGÚN MÉTODO PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → Sig. Cap.</p> <p>2 → Sig. Cap.</p>
<p>CP3. ¿QUÉ ESTÁ HACIENDO USTED AHORA PARA POSTERGAR O EVITAR UN EMBARAZO?</p> <p><i>No induzca una respuesta. Si se menciona más de un método, marque cada uno con un círculo.</i></p>	<p>Salpin/Operación o esterilización femenina..... A</p> <p>Operación masculina..... B</p> <p>DIU..... C</p> <p>Inyecciones..... D</p> <p>Implantes..... E</p> <p>Pildoras..... F</p> <p>Condón masculino..... G</p> <p>Condón femenino..... H</p> <p>Diafragma..... I</p> <p>Jalea/Espuma..... J</p> <p>Amenorrea por Lactancia (MELA)..... K</p> <p>Abstinencia periódica Ritmo..... L</p> <p>Retiro..... M</p> <p>Otro _____ X <i>(especifique)</i></p>	

<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 EMBARAZO ACTUAL. CUANDO QUEDÓ EMBARAZADA, ¿QUERÍA USTED QUEDAR EMBARAZADA EN ESE MOMENTO?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>1 → UN4</p>
<p>UN3. ¿QUERÍA USTED TENER UN HIJO MÁS ADELANTE O NO QUERÍA TENER (MÁS) HIJOS?</p>	<p>Más adelante..... 1</p> <p>No más..... 2</p>	
<p>UN4. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. DESPUÉS DE TENER EL HIJO QUE AHORA ESTÁ ESPERANDO, ¿LE GUSTARÍA TENER OTRO HIJO O PREFERIRÍA NO TENER MÁS HIJOS?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>1 → UN7</p> <p>2 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>
<p>UN5. Verifique CP3. Está utilizando ahora "Salpin/ operación o esterilización femenina"?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN6</p>		
<p>UN6. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL FUTURO. ¿LE GUSTARÍA TENER (UN/OTRO) HIJO O PREFERIRÍA NO TENER, MÁS HIJO(S)?</p>	<p>Tener otro hijo..... 1</p> <p>No más / Ninguno..... 2</p> <p>No puede quedar embarazada..... 3</p> <p>No ha decidido / No sabe..... 8</p>	<p>2 → UN9</p> <p>3 → UN11</p> <p>8 → UN9</p>
<p>UN7. ¿CUÁNTO LE GUSTARÍA ESPERAR PARA TENER (UN/OTRO) HIJO?</p>	<p>Meses..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Años..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pronto/Ahora.....993</p> <p>Dice que no puede quedar embarazada.....994</p> <p>Después del matrimonio.....995</p> <p>Otro.....996</p> <p>No sabe.....998</p>	<p>994 → UN11</p>
<p>UN8. Verifique CP1. ¿Está embarazada actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, está embarazada actualmente → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No, no está segura o no sabe → Continúe con UN9</p>		
<p>UN9. Verifique CP2. ¿Está utilizando ahora algún método?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. → Vaya a UN13</p> <p><input type="checkbox"/> No. → Continúe con UN10</p>		
<p>UN10. ¿CREE QUE ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe.....8</p>	<p>1 → UN13</p> <p>8 → UN13</p>

UN11. ¿POR QUÉ CREE QUE NO ES FÍSICAMENTE CAPAZ DE QUEDAR EMBARAZADA?	Relaciones sexuales infrecuentes / No tiene relaciones sexuales.....	A
	Menopausia.....	B
	Nunca menstruó.....	C
	Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero).....	D
	Ha estado intentando quedar embarazada durante los últimos 2 años o más sin resultados.....	E
	Amenorrea postparto.....	F
	Amamantamiento.....	G
	Muy vieja.....	H
	Fatalista.....	I
	Otro: _____ (especifique)	X
No sabe.....	Z	

UN12. Verifique UN11. ¿Mencionó "nunca menstruó"?

Mencionado. —————> Vaya al Sig. Cap.

No mencionado —————> Continúe con UN13

UN13. ¿CUÁNDO COMENZÓ SU ÚLTIMO PERÍODO MENSTRUAL?	Hace días.....	1	___	___
	Hace semanas.....	2	___	___
	Hace meses.....	3	___	___
	Hace años.....	4	___	___
	En la menopausia / Se le ha realizado histerectomía.....	994		
	Antes del último nacimiento.....	995		
	Nunca menstruó.....	996		

CAPÍTULO XVII. ACTITUD FRENTE A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA **DV**

DV1. A VECES, EL COMPAÑERO O ESPOSO SE MOLESTA O SE ENOJA POR COSAS QUE LA PAREJA O ESPOSA HACE. EN SU OPINIÓN, ¿SE JUSTIFICA QUE EL HOMBRE GOLPEE A SU PAREJA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:		Sí	No	NS	
	[A] SI ELLA SALE SIN AVISARLE?	Sale sin avisarle.....	1	2	8
	[B] SI ELLA DESCUIDA A LOS NIÑOS?	Descuida a los niños.....	1	2	8
	[C] SI ELLA DISCUTE CON ÉL?	Discute con él.....	1	2	8
	[D] SI ELLA SE NIEGA A TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL?	Se niega a tener relaciones sexuales con él.....	1	2	8
	[E] SI A ELLA SE LE QUEMA LA COMIDA?	Se le quema la comida.....	1	2	8
	[F] SI ELLA SE VISTE PROVOCATIVAMENTE?	Se viste provocativamente.....	1	2	8

CAPÍTULO XVIII. MATRIMONIO/UNIÓN

MA

MA1. ¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE?	Sí, actualmente casada.....	1	3 → MA5
	Sí, unida con un hombre.....	2	
	No,	3	
MA2. ¿CUÁNTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA?	Edad en años	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe.....	98	
MA3. ADEMÁS DE USTED, ¿TIENE SU COMPAÑERO/ESPOSO/PAREJA : OTRAS PAREJAS O ESPOSAS O VIVE CON OTRAS MUJERES?	Sí.....	1	2 → MA7 8 → MA7
	No.....	2	
	No sabe.....	8	
MA4. ¿CUÁNTAS OTRAS PAREJAS O ESPOSAS TIENE ÉL?	Número.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	→ MA7
	No sabe.....	98	98 → MA7
MA5. ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ CASADA O UNIDA CON UN HOMBRE ?	Sí, casada en el pasado.....	1	3 → Sig. Cap
	Sí, vivió con un hombre en el pasado.....	2	
	No,	3	
MA6. CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL: ¿ES USTED VIUDA, DIVORCIADA, SEPARADA?	Viuda.....	1	
	Divorciada.....	2	
	Separada.....	3	
MA7. ¿HA ESTADO USTED UNIDA O CASADA CON UN HOMBRE SÓLO UNA VEZ O MÁS DE UNA VEZ?	Sólo una vez.....	1	
	Más de una vez.....	2	
MA8. ¿EN QUÉ MES Y QUÉ AÑO SE UNIÓ O SE CASÓ USTED POR PRIMERA VEZ?	Fecha del primer matrimonio o unión		→ Sig. Cap
	Mes.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe en qué mes.....	98	
	Año.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	No sabe en qué año.....	9998	
MA9. ¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA USTED CUANDO COMENZÓ A VIVIR CON SU PRIMER COMPAÑERO/PAREJA/ESPOSO ?	Edad en años cumplidos.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	

CAPÍTULO XIX. COMPORTAMIENTO SEXUAL

SB

Verifique que no hay otras personas presentes. Antes de continuar, asegure que hay privacidad.

SB1. AHORA ME GUSTARÍA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LA VIDA SEXUAL PARA PODER TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE ALGUNOS TEMAS IMPORTANTES. LA INFORMACIÓN QUE USTED BRINDE SERÁ TRATADA CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD. ¿QUÉ EDAD TENÍA USTED CUANDO TUVO RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ?	Nunca tuvo relaciones sexuales.....	00	00 → Sig. Cap.
	Edad en años.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	
	Cuando comenzó a vivir con su primer esposo o pareja.....	95	
SB2. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA PRIMERA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?	Sí.....	1	
	No.....	2	
	No sabe / No recuerda.....	8	

<p>SB3. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE USTED TUVO RELACIONES SEXUALES?</p> <p><i>Anote la respuesta en "años" sólo si la última vez que tuvo relaciones sexuales fue hace uno o más años. Si fue hace 12 o más meses, la respuesta debe anotarse en años.</i></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"/></p>	<p>4 → SB15</p>
<p>SB4. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB5. ¿QUÉ RELACIÓN TENÍA USTED CON EL HOMBRE CON QUIEN TUVO RELACIONES SEXUALES LA ÚLTIMA VEZ?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación en el momento de relaciones sexuales.</i></p> <p><i>Si es el "novio", pregunte: ¿VIVIAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</i></p> <p><i>Si la respuesta es "sí", circule "2" Si la respuesta es "no", circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB7</p> <p>4 → SB7</p> <p>6 → SB7</p>
<p>SB6. Verifique MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2) → Pase a SB8</p> <p><input type="checkbox"/> No casada/No en una unión (MA1 = 3) → Continúe con SB7</p>		
<p>SB7. ¿QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague: ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i></p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	
<p>SB8. ¿HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → SB15</p>
<p>SB9. ¿UTILIZÓ CONDÓN LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RELACIONES SEXUALES CON ESA OTRA PERSONA?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	
<p>SB10. ¿CUÁL ERA SU RELACIÓN CON ESA OTRA PERSONA?</p> <p><i>Indague para asegurarse que la respuesta se refiere a la relación al momento de la relación sexual</i></p> <p><i>Si es el "novio" preguntar: ¿VIVIAN JUNTOS COMO SI ESTUVIERAN CASADOS?</i></p> <p><i>Si La Respuesta Es "sí", Circule "2" Si La Respuesta Es "no", Circule "3"</i></p>	<p>Esposo 1</p> <p>Compañero conviviente..... 2</p> <p>Novio..... 3</p> <p>Compañero casual..... 4</p> <p>Otro: _____ 6 (especifique)</p>	<p>3 → SB12</p> <p>4 → SB12</p> <p>6 → SB12</p>
<p>SB11. Verifique MA1 y MA7:</p> <p><input type="checkbox"/> Actualmente casada o viviendo con un hombre (MA1 = 1 o 2), Y Casada sólo una vez o vivió con un hombre sólo una vez (MA7 = 1) → Pase a SB13</p> <p><input type="checkbox"/> Otro → Continúe con SB12</p>		
<p>SB12. ¿QUÉ EDAD TIENE ESA PERSONA?</p> <p><i>Si la respuesta es "no sabe", indague: ¿MÁS O MENOS QUÉ EDAD TIENE ESTA PERSONA?</i></p>	<p>Edad del compañero sexual..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe..... 98</p>	

SB13. APARTE DE ESTAS DOS PERSONAS, ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES CON ALGUNA OTRA PERSONA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Si..... 1 No..... 2	2 → SB15
SB14. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTOS HOMBRES DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Cantidad de compañeros..... <input type="text"/>	
SB15. EN TOTAL, ¿CON CUÁNTAS PERSONAS DIFERENTES HA TENIDO USTED RELACIONES SEXUALES DURANTE TODA SU VIDA? <i>Si la respuesta no es numérica, indague para obtener una cantidad estimada.</i> <i>Si la cantidad de compañeros es mayor a 95, anote "95".</i>	Número de compañeros en toda su vida..... <input type="text"/> No sabe..... 98	

CAPÍTULO XX. VIH/SIDA Ó VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

HA

HA1. AHORA ME GUSTARÍA HABLAR CON USTED ACERCA DE ALGO MÁS. ¿HA OÍDO Ud. HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE EL VIH VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA O DE UNA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA?	Si..... 1 No..... 2	2 → Sig. Cap																
HA2. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA TENIENDO SOLAMENTE UNA PAREJA SEXUAL QUE NO TENGA EL SIDA NI TENGA OTRAS PAREJAS?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA3. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA POR BRUJERÍA O A TRAVÉS DE MEDIOS SOBRENATURALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA4. ¿PUEDEN LAS PERSONAS REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH/SIDA USANDO CONDONES CADA VEZ QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA5. ¿PUEDEN LAS PERSONAS CONTAGIARSE DEL VIH/SIDA A TRAVÉS DE LA PICADURA DE UN MOSQUITO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA6. ¿PUEDEN LAS PERSONAS ADQUIRIR EL VIH AL COMPARTIR LA COMIDA CON UNA PERSONA INFECTADA DE SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA7. ¿ES POSIBLE QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE, TENGA EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8																	
HA8. ¿PUEDE EL VIH/ SIDA SER TRANSMITIDO DE LA MADRE AL HIJO. [A] DURANTE EL EMBARAZO [B] DURANTE EL PARTO [C] LACTANDO/AMAMANTANDO	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante el embarazo.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Durante el parto.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Lactando/Amamantando.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	Durante el embarazo.....	1	2	8	Durante el parto.....	1	2	8	Lactando/Amamantando.....	1	2	8	
	Sí	No	NS															
Durante el embarazo.....	1	2	8															
Durante el parto.....	1	2	8															
Lactando/Amamantando.....	1	2	8															
HA9. EN SU OPINIÓN, SI UNA PROFESORA TIENE EL VIH/SIDA PERO NO ESTÁ ENFERMA, ¿SE LE DEBE PERMITIR QUE CONTINÚE ENSEÑANDO EN LA ESCUELA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																	

HA10. ¿UD. LE COMPRARÍA VERDURAS FRESCAS A UN VENDEDOR(A) O TENDERO(A) SI SUPIERA QUE ESA PERSONA TIENE EL VIH/SIDA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA11. SI UN FAMILIAR SUYO SE CONTAGIA CON EL VIH/ SIDA, ¿QUISIERA UD. QUE ESO PERMANECIERA EN SECRETO?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA12. SI UN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE ENFERMARA CON EL VIH/SIDA, ¿ESTARÍA UD. DISPUESTA A CUIDAR DE EL/ELLA EN SU CASA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe, no está segura, depende..... 8																					
HA13. Verifique CMI3: Algún nacimiento vivo en los últimos dos años <input type="checkbox"/> No tuvo nacimientos vivos en los últimos dos años (CMI3 = "No" o quedó en blanco) → Vaya a HA24 <input type="checkbox"/> Uno o más nacimientos vivos en los últimos dos años. → Continúe con HA14																						
HA14. Verifique MNI: Recibió chequeo prenatal <input type="checkbox"/> Recibió chequeo prenatal. → Continúe con HA15 <input type="checkbox"/> No recibió cuidados prenatales. → Vaya a HA24																						
HA15. ¿EN CUALQUIER CHEQUEO PRENATAL DE SU EMBARAZO DE (nombre), ¿SE LE DIO INFORMACIÓN SOBRE: [A] BEBÉS QUE SE INFECTAN DEL VIH/SIDA DE SU MADRE? [B] LO QUE USTED PUEDE HACER PARA EVITAR CONTAGIARSE CON ELVIH/SIDA? [C] HACERSE UNA PRUEBA DEL VIH? ¿SE LE: [D] OFRECIÓ HACERLE UNA PRUEBA DEL VIH/SIDA?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA de la madre.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Cosas que hacer.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Hacerse prueba del SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Se le ofreció una prueba.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	SIDA de la madre.....	1	2	8	Cosas que hacer.....	1	2	8	Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8	Se le ofreció una prueba.....	1	2	8	
	Sí	No	NS																			
SIDA de la madre.....	1	2	8																			
Cosas que hacer.....	1	2	8																			
Hacerse prueba del SIDA.....	1	2	8																			
Se le ofreció una prueba.....	1	2	8																			
HA16. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR ELVIH/ SIDA COMO PARTE DE SUS CHEQUEOS PRENATALES?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA19 8 → HA19																				
HA17. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	2 → HA22 8 → HA22																				
HA18. INDEPENDIENTEMENTE DEL RESULTADO, TODAS LAS MUJERES A QUIENES SE LES REALIZA ESA PRUEBA DEBERÍAN RECIBIR CONSEJERÍA DESPUÉS DE OBTENER EL RESULTADO. ¿RECIBIÓ USTED CONSEJERÍA DESPUÉS DE LA PRUEBA?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 8	1 → HA22 2 → HA22 8 → HA22																				
HA19. Verifique MNI7: ¿Estuvo el parto asistido por un profesional de la salud (A, B o C)? <input type="checkbox"/> Sí, un profesional de la salud atendió el parto. → Continúe con HA20 <input type="checkbox"/> No, el parto no fue atendido por un profesional de la salud → Vaya a HA24																						

HA20. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE REALIZÓ ALGUNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA ENTRE EL MOMENTO DE SU LLEGADA PARA EL PARTO Y EL MOMENTO DEL PARTO?	Si.....	1	
	No.....	2	2 → HA24
	No sabe.....	8	8 → HA24
HA21. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si.....	1	
	No.....	2	
HA22. ¿LE HAN HECHO OTRA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA DESDE AQUELLA VEZ EN QUE SE LE REALIZÓ UNA PRUEBA DURANTE SU EMBARAZO?	Si.....	1	1 → HA25
	No.....	2	
HA23. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO LA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Hace menos de 12 meses.....	1	1 → Sig. Cap
	12-23 meses atrás.....	2	2 → Sig. Cap
	Hace dos o más años.....	3	3 → Sig. Cap
HA24. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿SE LE HIZO ALGUNA VEZ ALGUNA PRUEBA PARA SABER SI TIENE EL VIH/SIDA?	Si.....	1	
	No.....	2	2 → HA27
HA25. ¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE SE LE HIZO ESTA PRUEBA?	Hace menos de 12 meses.....	1	
	12-23 meses atrás.....	2	
	Hace dos o más años.....	3	
HA26. NO QUIERO SABER LOS RESULTADOS, PERO ¿RECIBIÓ USTED LOS RESULTADOS DE ESA PRUEBA?	Si.....	1	1 → Sig. Cap
	No.....	2	2 → Sig. Cap
	No sabe.....	8	8 → Sig. Cap
HA27. ¿CONOCE ALGÚN LUGAR AL QUE LA GENTE PUEDE IR PARA QUE SE LE HAGA UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH/SIDA?	Si.....	1	
	No.....	2	

CAPÍTULO XXI. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE VIDA

<p>LS2. 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 UN POCO FELIZ, NI FELIZ NI INFELIZ, O UN POCO INFELIZ O MUY INFELIZ?</p> <p>PUEDE MIRAR ESTA TARJETA, PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p>	Muy feliz.....	1	
	Un poco feliz.....	2	
	Ni feliz ni infeliz.....	3	
	Un poco infeliz.....	4	
	Muy infeliz.....	5	

<p>LS3. AHORA, LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN EN DIVERSAS ÁREAS.</p> <p>PUEDA MIRAR ESTA TARJETA , PARA AYUDARLA CON SU RESPUESTA.</p> <p><i>Muestre la tarjeta de respuestas y explique el significado de cada símbolo. Circule la respuesta indicada por la entrevistada para LS3 a LS13.</i></p> <p>¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ USTED CON SU VIDA FAMILIAR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS4. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS AMISTADES?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS5. DURANTE EL AÑO ESCOLAR 2013 ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA EN ALGÚN MOMENTO?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>	<p>2 → LS7</p>
<p>LS6. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU ESCUELA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS7. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU TRABAJO ACTUAL?</p> <p><i>Si responde que no tiene trabajo, circule "0" y continúe con la próxima pregunta.</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener trabajo, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene trabajo..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS8. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU SALUD?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

<p>LS9. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON EL LUGAR DONDE VIVE?</p> <p><i>De ser necesario, explíquelo que la pregunta se refiere al entorno de vida, que incluye el barrio y la vivienda.</i></p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS10. ¿EN GENERAL, CUÁN SATISFECHA, ESTÁ CON CÓMO LE TRATA LA GENTE A SU ALREDEDOR?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS11. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU APARIENCIA?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS12. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SU VIDA, EN GENERAL?</p>	<p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	
<p>LS13. ¿CUÁN SATISFECHA ESTÁ CON SUS INGRESOS ACTUALES?</p> <p><i>Si responde que no tiene ingresos, circule "0".</i></p> <p><i>No indague como se sienta de no tener ingresos, a menos que la persona lo mencione.</i></p>	<p>No tiene ingresos..... 0</p> <p>Muy satisfecha..... 1</p> <p>Un poco satisfecha..... 2</p> <p>Ni satisfecha ni insatisfecha..... 3</p> <p>Un poco insatisfecha..... 4</p> <p>Muy insatisfecha..... 5</p>	

