

ENCUESTA SOBRE SALUD MATERNO INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR 84

HOJA DE LA VIVIENDA

PROVINCIA: _____ No. DE CUESTIONARIO

DISTRITO: _____ LUGAR POBLADO: _____

SEGMENTO:

1. Urbano
2. Rural

NUMERO DE VIVIENDA:

DIRECCION (DESCRIPCION EXACTA): _____

NOMBRE DEL JEFE DE LA CASA: _____

Visita de la Entrevistadora	Visita Número			
	1	2	3	4
Fecha				
Hora de visita				
Resultado*				
Nombre de la Entrevistadora				
Nombre de la Supervisora				

*Códigos de Resultado

1. Entrevista(s) realizada(s)
2. No hay MEF en el hogar
3. Moradores ausentes
4. Ausencia de por lo menos una MEF al momento de la visita; necesita revisita
5. Rechazo total
6. Rechazo durante la entrevista por la sorteada o por la familia
7. Vivienda desocupada
8. Otras causas (especificar) _____

Codificación solamente

Número de la última visita

Día de la última visita

Mes de la última visita

Resultado de la última visita

PASE A LA PROXIMA PAGINA

FICHA DE DOMICILIO (Continuación)

No. de personas que viven en la casa: TOTAL _____ HOMBRES _____ MUJERES _____

<p>1. De dónde obtiene el agua para beber?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acueducto público o particular - domiciliario 2. Acueducto público - pluma 3. Pozo sanitario público 4. Pozo brocal 5. Pozo superficial 6. Agua lluvia 7. Río, quebrada 8. Otro: _____ 9. No sabe 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Qué clase de servicio sanitario tiene?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Privado alcantarillado 2. Privado, conectado a tanque séptico 3. Comunal alcantarillado 4. Comunal, conectado a tanque séptico 5. Letrina privada 6. Letrina comunal 7. Sin servicio sanitario 8. Otro: _____ 9. No sabe 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Tiene la casa luz eléctrica?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Normalmente cuando se enferma o se controla alguien de la familia, a qué lugar o institución recurren?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puesto de Salud 2. Centro de Salud 3. Seguro Social 4. Hospital público 5. Hospital/Clínica particular 6. Curandero 8. Otro: (Especificar) _____ 	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Este lugar/institución queda en su comunidad/barrio?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 	<p><input type="checkbox"/></p>

<p>6. Normalmente lo atienden?</p> <p>1. Sí _____ PASE A LA PREGUNTA 7</p> <p>2. No _____ PASE A LA PREGUNTA 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Está satisfecha con la atención que le brindan en este lugar y volvería otra vez si necesita atención?</p> <p>1. Sí _____ PASE A LA PREGUNTA 10</p> <p>2. No _____ CONTINUE CON PREGUNTA 8</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Por qué no volvería en busca de atención nuevamente?</p> <p>(Especificar) _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(PASE A LA PREGUNTA 10)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Por qué piensa usted que no lo atienden?</p> <p>(Especificar) _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Ha estado algún miembro de la familia enfermo durante los últimos 30 días; es decir, la persona tuvo una interrupción de sus actividades durante un día o más?</p> <p>1. Sí _____ PASE A LA PREGUNTA 11</p> <p>2. No _____ PASE A LA PREGUNTA 14</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Buscó atención y/o trató de consultar a alguien?</p> <p>1. Sí _____ PASE A LA PREGUNTA 13</p> <p>2. No _____ PASE A LA PREGUNTA 12</p>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Por qué no buscó atención?</p> <p>1. No dió importancia</p> <p>2. Falta de dinero</p> <p>3. Falta de trabajo</p> <p>4. Larga distancia</p> <p>5. Automedicación</p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREGUNTA 14</p>	<input type="checkbox"/>
<p>13. A dónde quién o a qué lugar recurrió?</p> <p>1. Puesto de Salud</p> <p>2. Centro de Salud</p> <p>3. Seguro Social</p> <p>4. Hospital Público</p> <p>5. Hospital/Clinica Particular</p> <p>6. Curandero</p> <p>8. Otro: _____</p> <p style="text-align: center;">(Especificar)</p>	<input type="checkbox"/>

<p>14. Cuáles son los ingresos totales de la familia en la actividad? (Trate de ayudar a la entrevistada a calcular esa cantidad mencionando posibles personas que tengan algún ingreso en la familia. Incluya a los jubilados y pensionados).</p> <p>Mes B/. _____ Quincenal B/. _____ Semanal B/. _____ Diario B/. _____ Anual B/. _____ Otro _____ 9999 No sabe</p>	<p>□ □ □ □ □</p>
<p>15. Tipo de familia (por observación)</p> <p>1. No indígena 2. Indígena 3. Mixta</p>	<p>□</p>
<p>16. Cuál es el Canal de Televisión que más se Ve en este Hogar?</p> <p>1. TV 2 ó TV 6 ó TV 9 ó TV 10 2. TV 4 ó TV 6 ó TV 7 ó TV 12 3. TV 13 ó TV 7 4. TV 5 ó TV 6 5. TV 11 6. Otro _____ 7. No tiene (PASE A PREGUNTA 18)</p>	<p>□</p>
<p>17. A qué hora del día se vé con mayor frecuencia ese Canal de Televisión, en este hogar?</p> <p>Hora _____</p>	<p>□ □</p>
<p>18. Cuál es la emisora de Radio que más se escucha en este Hogar?</p> <p>Emisora _____ 98. No tiene radio (PASE A PREGUNTA 20)</p>	<p>□ □</p>
<p>19. A qué hora del día se escucha con mayor frecuencia esta Emisora?</p> <p>Hora _____</p>	<p>□ □</p>
<p>20. Cuál es el Periódico que más se compra en este Hogar?</p> <p>Periódico _____ 98. Ninguno → PASE A PAGINA E</p>	<p>□</p>
<p>21. Con qué frecuencia lo compran?</p> <p>1. Diariamente 2. 4 a 6 veces por semana 3. 2 a 3 veces por semana 4. Una vez a la semana 5. De vez en cuando 6. Otro _____ 9. No sabe</p>	<p>□</p>

FICHA DE DOMICILIO (CONTINUACION)

Cuántas mujeres entre 15-49 años de edad viven en este hogar (mujeres en edad fértil - MEF) ? N^o _____

SI NO HAY MEF, TERMINE LA ENTREVISTA

SI HAY MEF, COMPLETE ESTA HOJA AL INICIAR LA ENTREVISTA

(ANOTAR EN PRIMER LUGAR A LA MUJER DE MAYOR EDAD Y PROSEGUIR EN ORDEN DESCENDENTE)

Nombre de la mujer en edad fértil	Edad	Estado conyugal (a)	Ultimo grado escolar que aprobó (b)	Nº de hijos nacidos vivos	Nº de hijos actualmente vivos	Fecha del último nacido vivo		Resultado de la entrevista (c)
						Mes	Año	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

(a)

(b)

(c)

ESTADO CONYUGAL	NIVEL	AÑO APROBADO	CODIGOS DE RESULTADOS
1. Casada	1. Ninguno	0	1. Completa
2. Unión consensual	2. Primaria	1 2 3 4 5 6 8	2. Ausencia
3. Sep./divorciada	3. Secundaria	1 2 3 4 5 6 8	3. Rechazo
4. Viuda	4. Universidad	1 2 3 4 5 6 8	4. Incompleta
5. Soltera	No sabe	99	5. Incapacitada
9. No sabe			

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Nº de Cuestionario:

Nº de Segmento:

Nº de Vivienda:

1. Nombre de la mujer: _____ Nº de la mujer:

2. En qué mes y año nació usted ? Mes: _____ Año: _____

3. Entonces, cuántos años cumplidos tiene usted ?
(Cuál es su edad ?) _____

4. Cuál fue el último año (grado) escolar que usted aprobó en la escuela ?

- 1. Ninguno 0
- 2. Primaria 1 2 3 4 5 6
- 3. Secundaria 1 2 3 4 5 6
- 4. Universidad 1 2 3 4 5 6

5. Cuál es su estado conyugal actual ?
Está usted casada, unida, viuda, separada, divorciada o soltera ?

- 1. Casada
 - 2. Unida
 - 3. Separada de matrimonio
 - 4. Separada de unión
 - 5. Divorciada
 - 6. Viuda
 - 7. Soltera → PASE A LA PREGUNTA 6
- } PASE A PREGUNTA 7

6. Alguna vez se casó o convivió junto con algún compañero?

- 1. SI → CONTINUE
- 2. NO → PASE A LA PREGUNTA 8

7. Mes y año de su primer casamiento o unión ?

Mes: _____ Año: 19____

8. Trabaja usted actualmente en algo que le permita ganar dinero ?

- 1. SI → CONTINUE CON LA PREGUNTA 9
- 2. NO → PASE A LA PREGUNTA 10

9. Trabaja fuera o dentro del hogar ?

- 1. Fuera del hogar
- 2. Dentro del hogar
- 3. Dentro y fuera del hogar

<p>10. Si le bajarán manchas o mucosidades o le aparecieran llagas o granos en sus partes, qué haría usted? (NO LEA LAS POSIBILIDADES)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Iría al médico 3. Iría al farmacéutico 4. Se trataría por cuenta propia 5. Iría al curandero 6. Iría a la Enfermera 7. Iría al Ayudante o Auxiliar de Salud 8. Otro _____ 9. No sabe 	<input type="checkbox"/>
<p>11. Durante el ciclo mensual de menstruación, esto es, entre un período o re (menstruación) y otro, cuándo diría usted que hay mayor posibili- /gla dad que la mujer salga encinta? (ENSEÑE LA TARJETA A).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ Justo antes que el período comience 2. _____ Durante el período 3. _____ Como una semana después que el período comienza 4. _____ Como dos semanas después que el período comienza 5. _____ No hace diferencia, cualquier tiempo es igual 9. _____ No sé 	<input type="checkbox"/>
<p>12. Ha estado usted alguna vez embarazada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 	<input type="checkbox"/>
<p>13. Está usted actualmente embarazada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI → (PASE A PREGUNTA 14) 2. NO → (PASE A PREGUNTA 15) 3. No está segura → (PASE A PREGUNTA 15) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> <p>SI EN LAS DOS ULTIMAS PREGUNTAS (12 Y 13) HA RESPONDIDO NEGATIVAMENTE AMBAS PASE A LA PREG.32.</p> </div>	<input type="checkbox"/>
<p>14. Cuándo espera usted dar a luz? Mes: _____ Año: 19 _____</p>	<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>
<p>15. Estaba usted utilizando algún método para no tener hijos cuando quedó embarazada por última vez?</p> <p>1. SI → Qué usaba? _____</p> <p>2. NO</p>	<input type="checkbox"/>
<p>16. Cuántos embarazos ha tenido usted (incluyendo hijos nacidos vivos, naci dos muertos, y pérdidas y abortos)</p> <p>¿Cuántos? _____</p>	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>

<p>17. Ha tenido hija o hijo que haya nacido muerto (mortinato)?</p> <p>1. SI → Cuántos? _____</p> <p>2. NO</p>	<input type="checkbox"/>
<p>18. Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? _____ Hijos nacidos vivos (SONDEE: Ha olvidado algún hijo nacido vivo, pero que ya murió o que no vive con usted?)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI NO TIENE HIJOS NACIDOS VIVOS, PASE A LA PREGUNTA 32.</p> </div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>19. Cuántos de esos hijos que nacieron vivos están actualmente vivos?</p> <p>_____ Hijos _____ Hombres _____ Mujeres</p> <p>(SONDEE: Ha olvidado algún hijo o hija que está vivo y que ya no vive con usted?)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI HA TENIDO SOLAMENTE 1 HIJO NACIDO VIVO, PASE A LA PREGUNTA 21; SI HA TENIDO 2 HIJOS NACIDOS VIVOS O MAS, PASE A PREGUNTA 20.</p> </div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>20. En qué mes y año nació su primer hijo o hija?</p> <p>Mes: _____ Año: 19__ No recuerda → 9999</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>21. Cuando tuvo usted el (último de sus) hijo (s), que nació vivo (aunque después haya muerto)?</p> <p>Mes: _____ Año: 19__ → PASE A LA PREG. 23.</p> <p>No sabe el mes y año 9999 → PASE A LA PREGUNTA 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>22. Hace cuántos años nació su último hijo? _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>23. Continúa vivo este último hijo?</p> <p>1. SI → PASE A PREGUNTA 24</p> <p>2. NO → PASE A LA INSTRUCCION EN EL RECUADRO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO DESPUES DEL MES DE _____ DE 1982 (MENOS DE 24 MESES), PASE A LA PREGUNTA 25. SI NACIO ANTES DEL MES DE _____ DE 1982, (24 MESES Y MAS), PASE A LA PREGUNTA 29.</p> </div>	<input type="checkbox"/>
<p>24. Cuántos años (meses) tiene o tendría este hijo ahora?</p> <p>Meses: _____ (Menos de 2 años) → PASE A LA PREGUNTA 25</p> <p>Años: _____ (2 a 4 años) → PASE A LA PREGUNTA 27</p> <p>Años: _____ (5 y más años) → PASE A LA PREGUNTA 29</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>25. Desde que tuvo este último nacido vivo, le vino la regla?</p> <p>1. SI → CONTINUE CON LA PREGUNTA 26</p> <p>2. NO → PASE A LA PREGUNTA 27</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO DESPUES DEL MES DE _____ DE 1982 (MENOS DE 24 MESES) Y MURIO, PASE A LA PREGUNTA 29.</p> </div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>26. Cuántos meses después del nacimiento le vino la regla?</p> <p>Meses: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SI EL ULTIMO NACIDO VIVO OCURRIO DESPUES DEL MES DE _____ DE 1982 (MENOS DE 24 MESES) Y MURIO, PASE A LA PREGUNTA 29.</p> </div>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

27. Está dando pecho actualmente? □

1. SI

2. No → PASE A LA PREGUNTA 29

28. Cuántas veces en las últimas 24 horas dió pecho? □□

1. No. ___ veces

2. Horario de cada ___ horas.

3. Todo el día (cuando el niño quería)

8. Otro _____

→ PASE A PREGUNTA 31

29. Le dió pecho a su último hijo nacido vivo? □

1. SI

2. NO

SI CONTESTO LA PREGUNTA 25, PASE A LA PREGUNTA 31.

SI NO CONTESTO LA PREGUNTA 25, PASE A LA PREGUNTA 33.

30. Por cuántos meses le dió pecho? _____ Meses □□

SI CONTESTO LA PREGUNTA 25, (O SEA, EL NIÑO ES MENOR DE 2 AÑOS, PASE A LA PREGUNTA 31).

SI NO CONTESTO LA PREGUNTA 25, (O SEA, EL NIÑO ES MAYOR DE 2 AÑOS PASE A LA PREGUNTA 33.)

31. Desde qué edad empezó a darle al niño (nombre), los siguientes alimentos? □□

Leche materna	Empezó a ___ horas	<p style="text-align: center;">CODIGOS</p> <p>00= Antes de 1 mes</p> <p>01= Al mes</p> <p>02= A los 2 meses</p> <p>03= A los 3 meses</p> <p>04= A los 4 meses</p> <p>05= A los 5 meses</p> <p>06= A los 6 meses</p> <p>07= A los 7 meses</p> <p>08= A los 8 meses</p> <p>09= A los 9 meses</p> <p>10= A los 10 meses</p> <p>11= A los 11 meses</p> <p>12= A los 12 meses y más</p> <p>98= Aún no ha comido</p> <p>99= Sin información</p>	□□
Otras leches	Empezó a ___ meses		□□
Agua	Empezó a ___ meses		□□
Jugos de frutas	Empezó a ___ meses		□□
Puré de frutas	Empezó a ___ meses		□□
Crema de cereales	Empezó a ___ meses		□□
Sopas	Empezó a ___ meses		□□
Puré de vegetales y verduras	Empezó a ___ meses		□□
Yema de huevo	Empezó a ___ meses		□□
Frijoles	Empezó a ___ meses		□□
Carne molida o raspada	Empezó a ___ meses		□□
Arroz, pan, tortilla y pastas.	Empezó a ___ meses		□□

PASE A LA PREGUNTA 33

<p>107. Tuvo que ir a otro lugar para recibir una mayor atención ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → PASE A LA PREGUNTA 110</p>	□								
<p>108. Tuvo complicaciones en este último aborto (pérdida) ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → PASE A LA PREGUNTA 110</p>	□								
<p>109. En qué lugar le atendieron esta vez ?</p> <p>01. Hospital Santo Tomás</p> <p>02. Hospital Seguro Social</p> <p>03. Hospital Integrado</p> <p>04. Hospital _____</p> <p>05. Centro de Salud con cama</p> <p>06. Centro de Salud sin cama</p> <p>07. Policlínica del Seguro Social</p> <p>08. Subcentro de Salud</p> <p>09. Puesto de Salud</p> <p>10. Consultorio y hospital particular</p> <p>11. Casa de la (partera) comadrona</p> <p>12. Propia casa con enfermera-médico</p> <p>13. Propia casa con comadrona</p> <p>14. Propia casa con amigos o familiares</p> <p>15. Otro (especificar): _____</p> <p>99. No recuerda - No responde</p>	□								
<p>110. Cuando le atendieron, en algún momento fue usted hospitalizada ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No fue hospitalizada → PASE A LA PREGUNTA 112</p>	□								
<p>111. Cuántas noches estuvo hospitalizada ? _____</p>	□□								
<p>112. Verificación de los datos de embarazo (POR OBSERVACION DE LA ENTRE-VISTADORA):</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">HIJOS VIVOS</td> <td style="text-align: center;">NACIDOS MUERTOS</td> <td style="text-align: center;">ABORTOS</td> <td style="text-align: center;">TOTAL DE EMBARAZOS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(P-18) □</td> <td style="text-align: center;">+ (P-17) □</td> <td style="text-align: center;">+ (P-101) □</td> <td style="text-align: center;">= (P-16) □</td> </tr> </table> <p>SI EXISTEN INCONSISTENCIAS, INDAGAR PARA ACLARAR Y CORREGIR LOS ERRORES</p>	HIJOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS	ABORTOS	TOTAL DE EMBARAZOS	(P-18) □	+ (P-17) □	+ (P-101) □	= (P-16) □	□□
HIJOS VIVOS	NACIDOS MUERTOS	ABORTOS	TOTAL DE EMBARAZOS						
(P-18) □	+ (P-17) □	+ (P-101) □	= (P-16) □						
<p>113. Tuvo usted o ha tenido algún control prenatal durante su último embarazo ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Porqué ? _____</p> <p style="text-align: center;">PASE A LA PREGUNTA 117</p>	□								
<p>114. Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le hicieron el primer examen prenatal ?</p> <p>_____ semanas</p> <p>_____ meses</p>	□								

<p>115. Dónde se hizo este primer control prenatal ?</p> <p>01. Hospital Santo Tomás</p> <p>02. Hospital Seguro Social</p> <p>03. Hospital Integrado</p> <p>04. Hospital _____</p> <p>05. Centro de Salud con cama</p> <p>06. Centro de Salud sin cama</p> <p>07. Policlínica del Seguro Social</p> <p>08. Subcentro de Salud</p> <p>09. Puesto de Salud</p> <p>10. Consultorio privado u hospital particular</p> <p>11. Comadrona</p> <p>88. Otra (especificar): _____</p> <p>99. No sabe - No responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>116. Cuántas veces se controló o se ha controlado ? N^o _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>117. Durante este último embarazo, le han puesto o le pusieron una vacuna Toxoide-Antitetánico ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>3. Me pusieron una vacuna, pero no se de qué era.</p> <p>4. Está recién embarazada (menos de 20 semanas)</p> <p>5. No sabe</p> <p>9. No responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>118. Cómo pasó o está pasando su último embarazo, normal o con problemas ?</p> <p>1. Normal</p> <p>2. Con problemas</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>119. En su último embarazo, ha tenido usted o tuvo usted cualquiera de los siguientes problemas ?</p> <p>a. Pies hinchados</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Manos hinchadas</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>c. Presión alta o fuertes dolores de cabeza</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>

120. Durante su último embarazo, sangró o ha sangrado usted de vez en cuando ?

- 1. Sí
- 2. No
- 9. No recuerda, no sabe

121. Durante su último embarazo, la han hospitalizado o la hospitalizaron por cualquier razón relacionada con este embarazo ?

- 1. Sí
- 2. No → PASE A LA PREGUNTA 123

122. Por cuánto tiempo estuvo hospitalizada ?

_____ Días _____ - Semanas

AHORA, QUIERO PREGUNTARLE SOBRE SU ÚLTIMO PARTO
(No el embarazo)

123. En qué lugar tuvo su último parto ?

- 01. Hospital Santo Tomás
- 02. Hospital Seguro Social
- 03. Hospital Integrado
- 04. Hospital _____
- 05. Centro de Salud con cama
- 06. Centro de Salud sin cama
- 07. Policlínica del Seguro Social
- 08. Subcentro de Salud
- 09. Puesto de Salud
- 10. Consultorio privado u hospital particular
- 11. Parto domiciliario con médico-enfermera
- 12. Parto domiciliario con partera
- 13. Parto domiciliario sin partera } → PASE A PREGUNTA 126
- 88. Otro (especifique): _____
- 89. Recién embarazada, sólo abortos → PASE A PREGUNTA 300
- 99. No responde

124. Señora, su parto, fue normal o la tuvieron que operar ?

- 1. Vaginal (normal)
- 2. Vaginal con forceps
- 3. Cesárea
- 8. Otro (especifique): _____

<p>125. Durante su último parto, o antes de salir del hospital, fue usted operada para no tener más hijos ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>126. Completó su último parto más o menos en el tiempo esperado o completó el parto mucho antes de lo esperado (UN MES O MAS) ?</p> <p>1. En el tiempo esperado</p> <p>2. Mucho antes del tiempo esperado. Especifique el tiempo: _____ Semanas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>127. Señora, con su último parto, tuvo usted algunas complicaciones ?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → PASE A PREGUNTA 129</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>128. Tenía usted cualquier de los siguientes problemas ?</p> <p>a. Abundante pérdida de sangre (mucho más que la regla normal)</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>b. Fiebre sostenida por más de un día</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p>9. No recuerda, no responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>129. Después de su último parto, le tuvieron que hospitalizar por cualquier razón relacionada con su parto ?</p> <p>1. Sí Cuál razón: _____</p> <p>2. No</p> <p>9. No responde } → PASE A LA PREGUNTA 131</p>	<input type="checkbox"/>
<p>130. Por cuánto tiempo estuvo hospitalizada ?</p> <p>_____ Días _____ Semanas</p>	<input type="checkbox"/>

<p>131. Le hicieron control médico después del último parto ?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No ————— Porqué ? _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>PASE A PREGUNTA 133</p>	
<p>132. Cuánto tiempo después del parto le hicieron el primer control médico ?</p> <p>_____ Días _____ Semanas _____ Meses</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>133. Después que nació su último hijo, lo llevó a control de niño sano ?</p> <p>1. Si</p> <p>2. No ————— Porqué ? _____</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>PASE A PREGUNTA 200</p>	
<p>134. Qué edad tenía su último hijo cuando lo llevó a control de niño sano la primera vez ?</p> <p>_____ Días _____ Semanas _____ Meses</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>135. Estaba sano o enfermo cuando lo llevó a control por primera vez ?</p> <p>1. Sano</p> <p>2. Enfermo</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>136. Dónde lo llevó ?</p> <p>02. Hospital del Niño</p> <p>03. Hospital Seguro Social</p> <p>04. Hospital Integrado</p> <p>05. Centro de Salud con cama</p> <p>06. Centro de Salud sin cama</p> <p>07. Subcentro de Salud</p> <p>08. Puesto de Salud</p> <p>09. Consultorio privado u hospital particular</p> <p>10. Comadrona</p> <p>88. Otra (especifique): _____</p> <p>99. No sabe, no responde</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

200. Historia de Nacimientos, menor de 5 años.

SI HA TENIDO NACIDOS VIVOS DESDE ESTE MES _____ DE 1979, LLENE LA COLUMNA 1 PARA EL ULTIMO NACIDO VIVO EN EL CUADRO ABAJO. INCLUYE NACIDOS VIVOS QUE SE MURIERON. SI NO HAY NIÑOS, CONTINUE CON LA PREGUNTA 300. PARA CADA NACIMIENTO ANTERIOR AL ULTIMO, HACER PREGUNTAS 201-206, EN ORDEN DESCENDENTE.

Columna:	Ultimo nacido vivo, el más joven				El primer nacido vivo menor de 5 años
	1	2	3	4	5
201. ¿Cómo se llama? Incluya todos los nacimientos vivos aunque éste haya vivido poco tiempo.	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
202. Mes y año de nacimiento?	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>				
203. Si no sabe, pregunte: ¿Hace cuántos años nació el niño?	HACE <input type="text"/> AÑOS				
204. Sexo del niño? 1= masculino 2= femenino	<input type="text"/> SEXO				
205. Continúa vivo? 1= Sí → (PASE P. 207) 2= No	<input type="text"/>				
206. Si murió, cuántos meses/años tenía cuando murió?	<input type="text"/> Meses (Menos de 24) <input type="text"/> años (2 ó más)	<input type="text"/> Meses (Menos de 24) <input type="text"/> años (2 ó más)	<input type="text"/> Meses (Menos de 24) <input type="text"/> años (2 ó más)	<input type="text"/> Meses (Menos de 24) <input type="text"/> años (2 ó más)	<input type="text"/> Meses (Menos de 24) <input type="text"/> años (2 ó más)
Por cuánto tiempo lo amamantó?	<input type="text"/> Meses (98) No le dió pecho				
PASE A PREGUNTA 212.					

SALUD DEL NIÑO

ENTREVISTADORA: PARA CADA NIÑO NACIDO DESDE _____ 1979 Y QUE TODAVIA ESTA VIVO, ESCRIBA EL NOMBRE Y EL NUMERO DE COLUMNA DEL NIÑO CORRESPONDIENTE Y HAGA LAS PREGUNTAS 207-212

Columna:	1	2	3	4	5
Nombre					
No. de Niño (Columna)	<input type="text"/>				
207. Cuántas dosis ha recibido el/ella de las siguientes vacunas?					
a. Polio	Polio	Polio	Polio	Polio	Polio
Código: 0= Ninguno 1= 1 2= 2 3= 3 4= Refuerzo 8= No sabe	<input type="text"/>				
FUV	FUV	FUV	FUV	FUV	FUV
Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____
Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____
TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>
b. DPT	DPT	DPT	DPT	DPT	DPT
Código: 0= Ninguno 1= 1 2= 2 3= 3 4= Refuerzo 8= No sabe	<input type="text"/>				
FUV	FUV	FUV	FUV	FUV	FUV
Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____
Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____
TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>
c. Sarampión	Sarampión	Sarampión	Sarampión	Sarampión	Sarampión
Código: 0= Ninguno 1= 1 2= 2 8= No sabe	<input type="text"/>				
FUV	FUV	FUV	FUV	FUV	FUV
Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____	Mes _____
Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____	Año _____
TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>	TAR <input type="text"/>

Tarjeta:

1=con tarjeta
0=sin tarjeta

NOTA: FUV= fecha de la última vacunación

SALUD DEL NIÑO (Continuación)

| No. de Niño (Columna) | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 208. El/ella tiene o tuvo diarrea* durante la última semana?
1= SI
2= NO
9= No sabe } (PASE A PREG.210) | <input type="checkbox"/>
Diarrea |

*Definida como 3 ó más evacuaciones líquidas por día, por lo menos por un día.

209. Si tiene o tuvo diarrea, qué tratamiento recibió?	<input type="checkbox"/> Tratamiento				
<u>Códigos-Tratamiento:</u> 1= Ninguno 2= Suero casero 3= Paquetes de sales de hidratación oral 4= Tratamiento endovenoso 5= Tratamiento tradicional (hierbas) 6= Otra medicina (especificar) 7= Otro (especificar) 8= No recuerda, no sabe					
210. Tiene o tuvo algunos de los siguientes síntomas en la última semana 1= Sí 2= No 9= No sabe	<input type="checkbox"/>				
a. Fiebre	<input type="checkbox"/>				
b. Tos	<input type="checkbox"/>				
c. Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/>				
d. Secreción nasal	<input type="checkbox"/>				
211. Se hizo control de salud (niño sano) durante los últimos 12 meses. 1= Sí 2= No	<input type="checkbox"/>				

SI EL NIÑO QUE SIGUE ESTA VIVO, CONTINUE CON LA SIGUIENTE COLUMNA, PREGUNTA 207.

SI EL NIÑO QUE SIGUE ESTA MUERTO, CONTINUE CON LA SIGUIENTE COLUMNA, PREGUNTA 212

SI NO HAY MAS NIÑO NACIDO, CON MENOS DE 5 AÑOS, CONTINUE CON LA PREGUNTA 300.

CAUSA DE MUERTE

ENTREVISTADORA: PARA CADA NIÑO NACIDO DESDE _____ DE 1979, QUE MURIO, ESCRIBA EL NOMBRE Y NUMERO DEL NIÑO DE PAGINA 12 Y HAGA PREGUNTAS 212-219; SI NADIE MURIO, PASE A LA PREGUNTA 300.

Nombre del niño					
No. (Columna)	<input type="checkbox"/>				
212. Esta muerte fue causada por un accidente? Sí= 1 No= 2 Si fue accidente, pase al próximo niño o P.300	<input type="checkbox"/>				
213. Cuántos días el/ella estuvo enfermo antes de morir?	<input type="checkbox"/>				
214. Dónde murió? 1= Hosp./Clínica 2= Casa 3= Otro	<input type="checkbox"/>				

215. Durante la enfermedad, tuvo alguno de los siguientes síntomas?
1= Sí
2= No

a. No podía abrir la boca para mamar leche o no lactó normalmente después del nacimiento	<input type="checkbox"/>				
b. No podía abrir la boca y llorar	<input type="checkbox"/>				
c. Fiebre alta	<input type="checkbox"/>				
d. Erupción	<input type="checkbox"/>				
e. Tos	<input type="checkbox"/>				
f. Ojos rojos y llorosos	<input type="checkbox"/>				
g. Tos prolongada seguida de vómitos	<input type="checkbox"/>				
h. Tos con chillido	<input type="checkbox"/>				
i. Pie hinchado	<input type="checkbox"/>				
j. Desnutrición severa	<input type="checkbox"/>				
k. Diarrea: 2 ó más evacuaciones líquidas por día	<input type="checkbox"/>				

CAUSA DE MUERTE (Continuación)

Nombre del niño					
No. (Columna)	<input type="checkbox"/>				
216. Cuáles de los siguientes síntomas observó usted en el niño(a), horas antes de morir? (Menos de 24 hrs.) 1= Sí 2= No 9= No recuerda, No contesta					
a. Convulsiones	<input type="checkbox"/>				
b. Cuerpo rígido	<input type="checkbox"/>				
c. Diarrea: 3 ó más Evac.Líq.por día	<input type="checkbox"/>				
d. Evacuaciones con sangre o muco	<input type="checkbox"/>				
e. Parálisis de 1 ó 2 piernas	<input type="checkbox"/>				
217. Sabe la causa de muerte. (Si no sabe, escriba NS y pase a Preg. 219)	<input type="checkbox"/>				
218. Quién le dijo la causa? 1= Médico 2= Enfermera 3= Partera 4= Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>				
219. Ud. reconoce cualquiera de estas palabras como la causa de Muerte? 1= Sí 2= No					
a. Tétanos	<input type="checkbox"/>				
b. Tos ferina	<input type="checkbox"/>				
c. Diarrea	<input type="checkbox"/>				
d. Sarampión o alfarilla	<input type="checkbox"/>				
e. Neumonía (Infección respiratoria)	<input type="checkbox"/>				

CODIFICACION SOLAMENTE:

- SI EL NIÑO QUE SIGUE ESTA VIVO, CONTINUE CON LA SIGUIENTE COLUMNA, PREGUNTA 207
- SI EL NIÑO QUE SIGUE ESTA MUERTO, CONTINUE CON LA SIGUIENTE COLUMNA, PREGUNTA 212
- SI NO HAY MAS NIÑO NACIDO, CON MENOS DE 5 AÑOS, CONTINUE CON LA PREGUNTA 300

300. Ahora quisiera que hablemos sobre las cosas o métodos anticonceptivos que usan las parejas para retrasar un próximo embarazo o evitar tener hijos si no los desea:

(SI= 1 ; NO= 2)

Métodos	Ha oído hablar de?	Alguna vez ha usado?	Usa actualmente? *						
1. Píldoras, pastillas (gestágenos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Marca <input type="checkbox"/>						
2. Dispositivos intrauterinos(DIU), Espiral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. T de cobre <input type="checkbox"/> 2. Otro <input type="checkbox"/> 9. No sabe <input type="checkbox"/>						
3. Condón, preservativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
4. Inyecciones (Depo-Provera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. De un mes <input type="checkbox"/> 2. De 3 meses <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>						
5. Espuma, jalea, pastillas vaginales (Neo-Sampon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6. Diafragma o capuchón vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7. Método de Billings (observación de la mucosidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8. Ritmo, abstinencia periódica o calendario (evitar tener relaciones sexuales en ciertos días del mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9. Retiro o quitarse (lo sacan) antes de terminar las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10. Esterilización masculina (vasectomía- la operación que se le hace al hombre para no tener más hijos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mes: _____ <input type="checkbox"/> Año: _____ <input type="checkbox"/>						
11. Esterilización femenina (ligadura de trompas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mes: _____ Año: _____ <input type="checkbox"/> Tipo: → <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1. Ligadura</td> <td>→ PASE P. 700</td> </tr> <tr> <td>2. Histerectomía</td> <td>→ PASE A P. 400</td> </tr> <tr> <td>3. No sabe</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/>	1. Ligadura	→ PASE P. 700	2. Histerectomía	→ PASE A P. 400	3. No sabe	
1. Ligadura	→ PASE P. 700								
2. Histerectomía	→ PASE A P. 400								
3. No sabe									
12. Otros métodos (especificar):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

*Dentro de los últimos 30 días.

SI LA ENTREVISTADA NO ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE, PASE A LA PREGUNTA 400.

SI LA ENTREVISTADA ESTA USANDO UN METODO ACTUALMENTE, PASE A LA PREGUNTA 500.

SI LA ENTREVISTADA SE OPERO PARA NO TENER MAS HIJOS, PASE A LA PREGUNTA 700

ENTREVISTADAS QUE NO USAN ACTUALMENTE

<p>400. Usted cree que puede quedar embarazada ?</p> <p>1. SI → PASE A LA PREGUNTA 402</p> <p>2. NO → CONTINUE CON PREGUNTA 401</p> <p>3. Actualmente embarazada → PASE A LA PREGUNTA 404</p> <p>9. No sabe, no responde → PASE A LA PREGUNTA 402</p>	<input type="checkbox"/>
<p>401. Porqué cree usted que no puede quedar embarazada ?</p> <p>1. Menopausia</p> <p>2. Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos.</p> <p>3. Ya pasaron 3 años o más que está queriendo embarazarse sin resultado.</p> <p>4. Ya pasaron 3 años o más que no está usando ningún anticonceptivo y no quedó embarazada.</p> <p>5. Sin vida sexual</p> <p>6. Actualmente embarazada</p> <p>7. Amamantando (lactando)</p> <p>8. Otra: _____</p> <p>PARA MUJERES DE 15 A 24 AÑOS PASE A LA PREGUNTA 800</p> <p>FIN DE ENTREVISTA PARA MUJERES DE 25 A 49 AÑOS</p> <p>PASE A LA PREGUNTA 404</p> <p>PASE A LA PREGUNTA 402</p>	<input type="checkbox"/>
<p>402. Porqué no está usando ningún método para evitar tener hijos actualmente ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>403. Actualmente desea usted usar algún método para evitar hijos ?</p> <p>1. SI → PASE A LA PREGUNTA 405</p> <p>2. NO → CONTINUE CON PREGUNTA 404</p> <p>3. Duda → CONTINUE CON PREGUNTA 404</p>	<input type="checkbox"/>
<p>404. En el futuro, le gustaría usar algún método para evitar hijos ?</p> <p>1. SI → PASE A LA PREGUNTA 405</p> <p>2. NO → PASE A LA PREGUNTA 406</p> <p>3. Duda → PASE A LA PREGUNTA 407</p>	<input type="checkbox"/>
<p>405. Cuál método prefiere o está pensando utilizar?</p> <p>01. Pastilla</p> <p>02. DIU</p> <p>03. Esterilización</p> <p>04. Condón</p> <p>05. Jaleas o pastillas vaginales</p> <p>06. Inyeccion (Depo Provera)</p> <p>07. No tiene preferencia</p> <p>08. Ritmo</p> <p>09. Retiro</p> <p>10. Otro (especificar): _____</p> <p>PASE A LA PREG. 407</p> <p>PASE A LA PREG. 411</p>	<input type="checkbox"/>

406. Porqué no le gustaría usar un método anticonceptivo en el futuro ?

_____ PASE A PREG. 411.

407. Usted sabe dónde puede ir para conseguir ese método anticonceptivo para evitar tener hijos ?

1. SI → CONTINUE CON PREGUNTA 408
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 411

408. En qué lugar ?

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Centro o Puesto de Salud
3. Seguro Social
4. Médico, Hospital o Maternidad particular
5. Farmacia particular
6. APLAFA (San Miguelito)
7. Otro (especifique): _____
9. No sabe, no responde

409. Cuánto tiempo se tarda usted normalmente para llegar a este lugar ?

_____ Minutos

SI LA ENTREVISTADA NO QUIERE USAR UN METODO,
(CODIGO 2 EN PREGUNTA 404). PASE A LA PRE-
GUNTA 411.

410. En este lugar, sabe usted cuánto le cuesta
(mencionar al método preferido)

1. Un paquete de pastillas (píldoras) B/. _____
2. Un paquete de tres condones B/. _____
3. Un tubo de jalea B/. _____
4. Un tubo de pastillas vaginales B/. _____
5. Una inyección B/. _____
6. Esterilización B/. _____
8. Otro (especifique): _____
9. No sabe

411. Le hicieron a su mamá alguna vez la ligadura u otra operación que le impidiera tener hijos ?

1. SI
2. NO
3. No sabe, no responde

SOLAMENTE PARA LAS ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE

500. Dónde consigue el método anticonceptivo que usa actualmente ?
(En caso de método natural, dónde recibió orientación?)

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Centro o Puesto de Salud
3. Seguro Social
4. Médico, Hospital o Maternidad particular
5. Farmacia particular
6. APLAFA (San Miguelito)
7. Otro (especifique): _____
9. No sabe, no responde

501. Cuánto tiempo se tarda normalmente para llegar a este lugar?

_____ Minutos

No sabe 999

502. Cuánto cuesta (costó)? (el ciclo): B/. _____

(Otro método - por unidad): _____

(Método natural - No aplica - Gratis - 000)

503. Le hicieron a su mamá alguna vez la ligadura u otra operación que le impidiera tener hijos ?

1. SI
2. NO
3. No sabe

SI LA ENTREVISTADA TIENE HIJOS, (P. 18, Pág3) CONTINUE CON LA PREG. 600. SI NO TIENE HIJOS, PASE A LA PREGUNTA 606.

600. Señora, ya tiene todos los hijos que desea ? 1. SI —————> CONTINUE CON LA PREGUNTA 601 2. NO —————> PASE A LA PREGUNTA 606 3. No sabe —————> PASE A LA PREGUNTA 606	<input type="checkbox"/>
601. Porqué no desea más hijos ? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>
602. Estaría usted interesada en operarse para no tener más hijos ? 1. SI —————> CONTINUE CON LA PREGUNTA 603 2. NO —————> PASE A LA PREGUNTA 609	<input type="checkbox"/>
603. Sabe usted dónde puede conseguir información relacionada con la operación o dónde hacen las operaciones ? 1. SI —————> CONTINUE CON LA PREGUNTA 604 2. NO —————> PASE A LA PREGUNTA 800	<input type="checkbox"/>
604. En qué lugar (nombre) ? _____	<input type="checkbox"/>
605. Señora, ya tiene todos los hijos que desea, tiene interés en operarse y sabe dónde puede conseguir información relacionada con la operación ? Porqué no ha ido a operarse hasta ahora ? _____ _____ _____ PASE A LA PREGUNTA 800	<input type="checkbox"/>
606. Cuando usted tenga todos los hijos que desea y esté segura que no quiere tener más, estaría interesada en operarse para luego no tener más hijos ? 1. SI —————> CONTINUE CON LA PREGUNTA 607 2. NO —————> PASE A LA PREGUNTA 609 3. No sabe, —————> PASE A LA PREGUNTA 800 no esta segura	<input type="checkbox"/>
607. Sabe dónde puede conseguir información relacionada con la operación o dónde hacen las operaciones ? 1. SI —————> CONTINUE CON LA PREGUNTA 608 2. NO —————> PASE A LA PREGUNTA 800	<input type="checkbox"/>
608. En qué lugar (nombre) ? _____ PASE A LA PREGUNTA 800	
609. Porqué no estaría interesada en operarse ? _____ _____ PASE A LA PREGUNTA 800	<input type="checkbox"/>

ESTERILIZACION-PERCEPCION DE LAS ESTERILIZADAS

700. ¿Dónde se operó usted ?

1. Hospital Santo Tomás
2. Hospital del Seguro Social
3. Hospital Integrado
4. Hospital particular
5. Otro (especifique): _____

701. ¿Cuánto le costó esta operación ? B/. _____

702. ¿Por quién se enteró usted por primera vez de la operación para no tener hijos ?

1. Médico o Doctor
2. Enfermera
3. Trabajadora Social
4. Esposo o compañero
5. Padre o Madre
6. Otros parientes
7. Amiga o amigo
8. Otro (especifique): _____
9. No sabe, no recuerda

703. ¿De quién recibió usted información específica respecto a la operación ?

1. Médico o Doctor
2. Enfermera
3. Trabajadora Social
8. Otro (especifique): _____
9. No sabe, no recuerda

704. Si hubiera podido escoger a la persona que le diera la información, ¿a quién hubiera escogido ?

1. Médico o Doctor
2. Enfermera
3. Trabajadora Social
8. Otro (especifique): _____
9. No sabe, no recuerda

705. Después de la información que le dieron acerca de la operación para no tener hijos, ¿quedó usted con alguna duda ?

1. SI
2. NO
9. No recuerda



706. Quién tomó la decisión para la realización de esta operación ?

1. El médico → PASE A LA PREGUNTA 708
2. Usted sola
3. Usted y su esposo o compañero
4. Esposo o compañero sólo
5. Familiar - especifique: _____
8. Otro - especifique: _____
9. No sabe o no responde

707. Solicitó que le hicieran la operación ?

1. SI
2. NO
9. No responde

PASE A LA PREGUNTA 709

708. Estaba de acuerdo con el médico para que le hicieran la operación ?

1. SI
2. NO
3. Indiferente
9. No recuerda o no responde

709. Porqué decidió operarse ?

1. No quería más hijos
2. Problemas de salud
3. Razones económicas (situación económica)
8. Otro - especifique: _____
9. No responde

710. Hubo otras razones importantes para que le hicieran esta operación ?

1. SI
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 712

711. Cuáles fueron las (otras) razones ? (Anote textualmente)

712. Cuánto tiempo pasó entre la decisión de operarse por parte del médico y la fecha de la operación ? _____ (días)	<input type="text"/>
713. Tuvo algún problema en obtener la operación ?	<input type="checkbox"/>
1. SI → CONTINUE CON LA PREGUNTA 714	
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 715	
3. No responde → PASE A LA PREGUNTA 715	
714. Dígame qué problemas tuvo ?	<input type="text"/>
_____ _____ _____	
715. Según ve las cosas ahora, se siente satisfecha con la decisión de haber tenido la operación ?	<input type="checkbox"/>
1. Definitivamente sí } 2. Creo que sí } → PASE A LA PREGUNTA 717	
3. Indiferente (no sabe) } 4. Creo que no } → PASE A LA PREGUNTA 716	
5. Definitivamente no } 6. Recién operada } → PASE A LA PREGUNTA 717	
716. Porqué no se siente satisfecha ?	<input type="text"/>
_____ _____ _____	
717. Cree usted que su esposo o compañero está satisfecho con que usted se haya hecho la operación ?	<input type="checkbox"/>
1. SI → PASE A LA PREGUNTA 718	
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 719	
8. No se aplica → PASE A LA PREGUNTA 720	
9. No responde → PASE A LA PREGUNTA 720	
718. En qué se basa usted para decir que sí está satisfecha ?	<input type="text"/>
_____ _____ _____	
9. No responde	
PASE A LA PREGUNTA 720	

<p>719. Porqué cree usted que no está satisfecho su esposo o compañero ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porque mi salud no es buena 2. Porque quisiera tener otro hijo 3. Otra razón - especifique: _____ <p>9. No responde</p>	<input type="checkbox"/>
<p>720. En este momento, si tuviera que tomar la decisión de operarse para no tener más hijos, lo haría nuevamente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO → Porqué ? _____ 3. No sabe 	<input type="checkbox"/>
<p>721. Actualmente, desde la operación, cómo considera usted el placer de las relaciones sexuales con su esposo (o compañero) ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que antes de la operación 2. Igual que antes de la operación 3. Menos placentera que antes de la operación 4. No sabe 5. No aplica 6. Recién operada (1 mes) 	<input type="checkbox"/>
<p>722. En el momento que decidió operarse, sintió usted que hacía algo moralmente malo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. Indiferente 4. No lo pensó 9. No responde 	<input type="checkbox"/>
<p>723. Le gustaría hacerse una operación que le permitiera tener niños nuevamente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. No sabe 4. Indecisa 9. No responde 	<input type="checkbox"/>
<p>724. Le hicieron a su mamá alguna vez la ligadura u otra operación que le impidiera tener hijos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO 3. No sabe 	<input type="checkbox"/>

SI LA MEF TIENE ENTRE 15 Y 24 AÑOS, (Preg.3 en Pag.1) CONTINUE CON P. 800. SI LA MEF TIENE ENTRE 25 Y 49 AÑOS, TERMINE LA ENCUESTA Y DE LAS GRACIAS.

800. Con quién vive usted en este hogar ?

801. Cuál de estas alternativas describe mejor su forma de pensar acerca de las relaciones sexuales - Antes del matrimonio o unión ? (TARJETA B)

1. Está de acuerdo con relaciones sexuales antes de matrimonio, aunque la pareja no tenga planes para casarse.
2. Está de acuerdo con relaciones sexuales antes de matrimonio sólo si la pareja tiene planes para casarse.
3. Nunca está de acuerdo con relaciones sexuales antes de matrimonio.

802. Vamos a considerar un caso de una joven NO CASADA o UNIDA que quedó embarazada de un joven que le gusta, pero no lo ama. Con cuál de las siguientes alternativas usted estaría de acuerdo ? (TARJETA C)

1. Hacerse un aborto
2. Tener el bebé y darlo en adopción
3. Tener el bebé y criarlo
4. Convencer al joven para casarse o unirse
5. Obligar al joven a casarse
- 9: No responde

INSTRUCCIONES PARA ENTREVISTADORA: VERIFICAR SI LA MUJER YA HA ESTADO ALGUNA VEZ EMBARAZADA - PREGUNTAS 12 Y 13. (Pág. 2) SI NUNCA HA ESTADO EMBARAZADA, CONTINUAR CON PREGUNTA 803. SI HA ESTADO EMBARAZADA, PASE A LA PREGUNTA 804.

803. Ha tenido relaciones sexuales (coito) alguna vez en su vida ?

1. SI
2. NO → TERMINE LA ENTREVISTA

804. A qué edad tuvo usted su primera relación sexual (coito) ? _____

99 No recuerda

805. Qué edad tenía la persona con quien tuvo relaciones esta primera vez ? _____

99 No sabe

806. Esta persona era su

1. Marido o compañero
2. Prometido
3. Novio
4. Amigo
8. Otro - Especifique: _____

807. Usó un método anticonceptivo durante esta primera relación ?

1. SI → CONTINUE CON LA PREGUNTA 808
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 809

808. Qué método utilizó en esa ocasión ?

1. Píldora
2. Condón
3. Espuma, jalea, pastillas vaginales
4. Diafragma
5. Retiro
6. Ritmo
7. Billings
8. DIU
9. No recuerda
0. Otro - Especifique: _____

PASE A LA PREGUNTA 810

809. Porqué no utilizó un método anticonceptivo ?

1. No esperaba tener relaciones en este momento
2. El compañero se opuso
3. Cree que los anticonceptivos son malos para la salud
4. La religión no se lo permite
5. No conoce ningún método
6. Conoce anticonceptivos, pero no sabe dónde obtenerlos
7. Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos
8. Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en este momento
9. No responde
0. Otro: _____

810. Ha tenido relaciones sexuales durante el último mes ?



1. SI → CONTINUE CON PREGUNTA 811
2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

811. Usó un método anticonceptivo ?



1. SI → CONTINUE CON LA PREGUNTA 812
2. NO → PASE A LA PREGUNTA 813

812. Qué método anticonceptivo utilizó ?



1. Píldora
2. Condón
3. Espuma, jalea, pastillas vaginales
4. Diafragma
5. Retiro
6. Ritmo
7. Billings
8. DIU
9. No recuerda
0. Otro - Especifique: _____

FIN DE LA ENTREVISTA

813. Porqué no utilizó un método anticonceptivo ?



1. No esperaba tener relaciones en este momento
2. El compañero se opuso
3. Cree que anticonceptivos es malo para la salud
4. La religión no se lo permite
5. No conoce ningún método
6. Conoce anticonceptivos, pero no sabe dónde obtenerlos
7. Coito no es satisfactorio con el uso de anticonceptivos
8. Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en este momento
9. No responde
0. Otro: _____

FIN DE LA ENTREVISTA