

ANEXO 2
Reproducción Facsimilar del Cuestionario

Para uso de la Oficina	Nº DE CUESTIONARIO			

ASOCIACION DEMOGRAFICA COSTARRICENSE

**ENCUESTA DE
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA**

Cuestionario

COSTA RICA 1981

SEGUNDA ENCUESTA DE PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA

IDENTIFICACION			
CODIGOS: _____			
Estrato	Provincia	Cantón	Distrito
SEGMENTO: _____			
Nombre de la localidad			Nº de Segmento
NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____		NUMERO DE LINEA _____	
		(En hoja de ruta)	

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA
FECHA			
HORA			
NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA			
RESULTADO*			

* CODIGOS DE RESULTADO: 1 : Realizada 4 : Rechazada
 2 : Incompleta 5 : No elegible
 3 : Ausente 6 : Otro

OBSERVACIONES: (datos para próximas visitas):

SI LA ENTREVISTA FUE REALIZADA INDICAR:

HORA EN QUE COMENZO _____

DURACION _____

HORA EN QUE TERMINO _____

(Minutos)

NOMBRE DE LA SUPERVISORA _____

ACTIVIDAD	FECHA
<input type="checkbox"/> REVISADO	
<input type="checkbox"/> REENTREVISTADO	
<input type="checkbox"/> CODIFICADO	
<input type="checkbox"/> PERFORADO	
<input type="checkbox"/> VERIFICADO	

PARA USO DE LA OFICINA	
SEGMENTO MUESTRAL:	
Antiguo (1), Nuevo (2)	
DISPONIBILIDAD (minutos):	
-C.C.S.S.	_____
-Min. Salud	_____
-Farmacia	_____

1

1

Nº Cuestionario

2

Est. Prov. Cant. Dist.

6

Segmento

12

Línea

17

Visitas

19

Día

20

Mes

22

Entrevist.

23

Duración

25

Superv.

27

28

29

32

35

I.- ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

101.- Es importante para el estudio conocer la edad exacta de las personas
¿Podría decirme en qué mes y en qué año nació Ud.?

_____ 19_____
(mes) (año)

Mes Año
38

102.- Entonces ¿Qué edad cumplió Ud. en su último cumpleaños?

AÑOS _____

INDAGUE EN CASO DE ALGUNA INCONSISTENCIA Y CORRIJA

EDAD CORRECTA: _____
(años)

42

SI TIENE MENOS DE 15 o 50 o MAS AÑOS DE EDAD,
TERMINE LA ENTREVISTA

103.- ¿Asistió Ud. alguna vez a la escuela?

SI ① NO ② (PASE A 105)

44

104.- En todos sus estudios ¿Cuál fue el grado o año más alto que Ud. aprobó?

(MARQUE SOLO EL ULTIMO AÑO APROBADO)

1.- ESCUELA ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
2.- COLEGIO ① ② ③ ④ ⑤
3.- UNIVERSIDAD ① ② ③ ④ ⑤ ⑥+

45

105.- Como Ud. sabe, muchas mujeres, además de ocuparse de los oficios domésticos, trabajan en algo por lo cual reciben pago en dinero o en otra forma. En los últimos 12 meses ¿Trabajó Ud.?

SI ① NO ② (PASE A 108)

47

106.- ¿Qué clase de trabajo hizo?

DETALLE BIEN: _____

48

107.- ¿Trabajó Ud. todo el año o sólo una parte del año?

TODO EL AÑO ① PARTE DEL AÑO ②

51

108.- ¿Quién es la persona que en los últimos tiempos ha contribuído más al mantenimiento de su hogar?

ELLA MISMA..... ① → (PASE A 110)
EL ESPOSO O COMPAÑERO..... ②
UNO DE LOS PADRES O SUEGROS. ③
OTRO..... ④

52

109.- ¿Qué clase de trabajo hace él (ella)? ¿Cuál es su ocupación principal?
(SI NO TRABAJA PREGUNTE POR LA ULTIMA OCUPACION)

DETALLE BIEN: _____

(SI NUNCA HA TRABAJADO PASE A 113)

110.- ¿Trabaja él (ella) (Ud.) por cuenta propia o en un negocio (finca) de la familia; o es empleado(a) por otra persona o institución?

CUENTA PROPIA
O FAMILIAR

① (PASE A 112)

OTRA PERSONA

②

111.- ¿Tiene un empleo permanente?
SI ① NO ②
PASE A 113

112.- ¿En este negocio se contratan
empleados fijos?
SI ① NO ②

113.- ¿Tiene Usted carnet del Seguro Social?

SI ① NO ②

114.- ¿En los últimos 12 meses este hogar ha sido visitado por alguien de un Centro
o de un Puesto de Salud?

SI ① NO ② NO SABE ③

II.- HISTORIA DE EMBARAZOS

2

Ahora nos interesa saber de todos los hijos e hijas que Ud. ha dado a luz y que nacieron vivos:

Nº Cuestionario
2

201.- ¿Ha tenido Ud. hijos o hijas nacidos vivos?

SI (1) NO (2) (PASE A 222)

6

202.- ¿Cuántos hijos e hijas vivos tiene Ud. actualmente? No. hijos: _____
No. hijas: _____

7

INDAGUE: ¿Ha incluido los hijos que no viven con Ud.?

9

SI DICE "NO", CORRIJA ARRIBA

203.- ¿Y ha tenido Ud. hijos o hijas que nacieron vivos y murieron después, aunque hayan vivido poco tiempo?

SI (1) NO (2) (PASE A 205)

11

204.- ¿Cuántos hijos o hijas se le han muerto? _____
(número)

12

205.- ENTREVISTADORA:
SUME LAS RESPUESTAS DE 202 Y 204 Y ANOTE EL TOTAL AQUI: _____

14

AHORA PREGUNTE: Entonces Ud. ha tenido en total..... hijos nacidos vivos ¿Es correcto eso?

SI DICE "NO" INDAGUE Y CORRIJA LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES.

ENTREVISTADORA: SI EN LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE PRESENTARAN CASOS DE MELLIZOS, ANOTELO AL MARGEN DE LA PREGUNTA.

206.- ¿El último de estos nacimientos está vivo actualmente?

SI (1) (PASE A 208) NO (2)

16

207.- ¿Qué edad tenía cuando murió?
MENOS DE 1 MES..... (1)
MAS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO..... (2)
1 AÑO O MAS..... (3)

17

208.- ¿Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a su último hijo?

MESES _____ NO LE DIO EL PECHO (96)
AUN ESTA LACTANDO (97)
NO RECUERDA..... (98)

18

209.- ¿Desde el momento en que se mejoró de su último hijo, cuántos meses pasaron hasta que le vino a Ud. nuevamente la regla?

MESES _____ AUN NO LE HA VENIDO (97)
NO RECUERDA..... (98)

20

210.- Recuerde la época antes de quedar embarazada de su último hijo:
(LEA DESPACIO LAS TRES ALTERNATIVAS Y MARQUE SOLO UNA)

- ¿Deseaba Ud. tener hijos en ese momento? ①
- ¿Ya no deseaba tener más hijos? ② No sabe, no había pensado ⑨
- ¿O le hubiera gustado esperarse un poco? ③

22

211.- ¿En qué mes y año nació su último hijo?

_____ (mes) 19____ (año)

SI 1975 O ANTES, PASE A 222

Mes Año

23 25

212.- ¿Ud. o su esposo habían usado métodos anticonceptivos o habían hecho algo para evitar o postergar este embarazo?

- SI ①
- NO ② (PASE A 215)

27

213.- ¿Cuál método usaron? (MARQUE EL ULTIMO METODO)

- | | |
|------------------|---------------------------|
| Pastilla..... ① | Esterilización femenina ⑥ |
| Diu..... ② | Vasectomía..... ⑦ |
| Condon..... ③ | Ritmo..... ⑧ |
| Inyección ④ | Retiro..... ⑨ |
| Vaginales ⑤ | Otro _____ ⑩ |
| | (Especifique) |

28

214.- ¿Estaban usando este método cuando Ud. quedó embarazada?

- SI ①
- NO ②

30

215.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (VER 205)

- SOLO UN NACIDO VIVO ① (PASE A 222)
- DOS O MAS NACIDOS VIVOS ②

31

216.- El hijo o hija que Ud. tuvo antes del último, es decir el penúltimo ¿Está vivo actualmente?

- SI ① (PASE A 218)
- NO ②

32

217.- ¿Qué edad tenía cuando murió?

- MENOS DE 1 MES..... ①
- MAS DE 1 MES PERO MENOS DE 1 AÑO... ②
- 1 AÑO O MAS..... ③

33

218.- ¿Durante cuántos meses le dió Ud. el pecho a su penúltimo hijo?

- MESES
- NO LE DIO EL PECHO..... ⑨6
- NO RECUERDA..... ⑨9

34

219.- ¿En qué mes y año nació su penúltimo hijo?

____ (mes) 19____ (año)

SI 1976 O ANTES, PASE A 222

220.- Aparte de estos dos hijos ¿Ha tenido Ud. otro u otros nacidos vivos después de enero de 1976?

SI ① NO ② (PASE A 222)

221.- ¿Podría decirme el mes y el año en que nacieron estos otros niños?

ANTEPENULTIMO: ____ (mes) 19____ (año)

ANTERIOR: ____ (mes) 19____ (año)

ANTERIOR: ____ (mes) 19____ (año)

VIENEN DE LAS PREGUNTAS 201, 211, 215, 219 y 220

222.- ¿Y ha tenido Ud. algún embarazo que terminó en una pérdida o aborto o algún hijo que nació muerto?

SI ① NO ② (PASE A 225)

223.- ¿Cuántos de estos embarazos ha tenido Ud.?

NUMERO DE NACIDOS MUERTOS: _____

NUMERO DE ABORTOS:..... _____

SI NO HA TENIDO ABORTOS PASE A 225

224.- ¿Algún doctor, otra persona o Ud. hicieron algo para provocar este (alguno de estos) aborto(s)?

SI ① NO ②

225.- ¿Actualmente conoce Ud. a alguna persona o lugar en donde una mujer que no desea tener el hijo puede hacerse un aborto?

SI ① NO ②

Mea Aña
36 38

40

41 43

45 47

49 51

53

54

56

58

59

PARA USO DEL CODIFICADOR EN CASO DE MELLIZOS

MES Y AÑO..... 60 62

SOBREVIVENCIA.... 64

EDAD AL MORIR..... 65

III.- NUPCIALIDAD

301.- ¿Cuál es su estado civil actual? ¿Está Ud. unida, casada, soltera, viuda, separada o divorciada?

UNIDA (1)
CASADA (2) } (PASE A 305)

VIUDA..... (3)
SEPARADA... (4)
DIVORCIADA (5) } (PASE A 304)

SOLTERA (6)

66

302.- ¿Ha estado Ud. unida o casada alguna vez?

SI (1) (PASE A 304) NO (2)

67

303.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (Ver 201 y 222)

Nunca Embarazada (1) Alguna vez Embarazada (2)

68

TERMINE LA ENTREVISTA PASE A 401

304.- ¿Hace Ud. vida conyugal o vive con un hombre actualmente?

SI (1) NO (2)

69

305.- ¿Ha estado Ud. unida o casada una sola vez, o ha tenido varias uniones o matrimonios?

UNA SOLA VEZ (1)

VARIAS VECES (2)

70

306.- ¿En qué mes y en qué año comenzaron a vivir juntos Ud. y su (primer) esposo (compañero)?

_____ 19____ (PASE A 401)
(mes) (año)

Mes Año

71 73

NO SABE (99)

307.- ¿Qué edad tenía Ud. en ese momento?

_____ (años)

75

IV.- PLANIFICACION FAMILIAR				
<p>Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la <u>planificación familiar</u>, es decir de las cosas que hacen las parejas para evitar que la mujer quede embarazada:</p> <p>ENTREVISTADORA: PARA CADA METODO ANTICONCEPTIVO HAGA LAS PREGUNTAS QUE SE INDICAN A CONTINUACION.</p>				
METODOS	401. ¿Ha oído hablar de.....? (SI NO HA OIDO, PASE AL SIGUIENTE METODO)	402. ¿Piensa que usar este método le causaría a usted problemas de salud?	403. ¿Sabe en dónde conseguir (hacerse).....?	404. ¿Alguna vez ha usado Ud. este método? (PASE AL SIG. METODO)
1.- Pastilla o píldora anticonceptiva.	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
2.- DIU o espiral o T o 7 de cobre	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
3.- Condón o preservativo	SI (1) → NO (2) ↓	→	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
4.- Inyección anticonceptiva	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
5.- Métodos vaginales como jaleas, cremas, espumas o diafragma.	SI (1) → NO (2) ↓	→	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
6.- Operación de la mujer para no tener hijos	SI (1) → NO (2) ↓	SI (1) NO (2) NS (9)	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
7.- Operación del hombre para no tener hijos	SI (1) → NO (2) ↓	→	SI (1) NO (2)	SI (1) NO (2)
8.- Ritmo o control de la regla	SI (1) → NO (2) ↓	→	→	SI (1) NO (2)
9.- Retiro (él se quita cuando va a terminar)	SI (1) → NO (2) ↓	→	→	SI (1) NO (2)
10.- Algún otro método para evitar los hijos	SI (1) → NO (2) ↓	¿Cuál método? _____		SI (1) NO (2)

3

1

NO Cuestionario

2

6

10

14

17

21

24

27

29

31

33

405.- ENTREVISTADORA: MARQUE LA CASILLA APROPIADA (Ver la columna correspondiente a 403)

ALGUN "SI" EN LA PREG. 403

1

NINGUN "SI" EN LA PREG. 403

2 (PASE A 411)

35

406.- ¿Ahora podría decirme todos los lugares que Ud. conoce en donde se puede obtener métodos de planificación familiar?

- C.C.S.S. 1
- DEPENDENCIA MIN. SALUD. 2
- (Centro o Puesto de Salud)
- CLINICA PARTICULAR..... 4
- MEDICO PARTICULAR..... 8
- FARMACIA..... 16
- OTRO..... 32

(MARQUE TODOS LOS MENCIONADOS Y SI NO INDICO CCSS. O MIN. DE SALUD, PASE A 410)

INDAGUE: ¿Sabe Ud. de algún otro lugar?

36

407.- ¿Ha ido Ud. alguna vez al Seguro Social o a un Centro o Puesto del Ministerio de Salud para obtener métodos de planificación familiar?

SI 1

NO 2

38

408.- Si en este momento Ud. tuviera que elegir ¿Iría a planificar a un establecimiento del Seguro a uno del Ministerio o preferiría ir a otro lugar?

- C.C.S.S. 1
 - MIN. SALUD.. 2
 - CUALQUIERA 3
 - NINGUNO..... 4
- (PASE A 410)

PREFERIRIA OTRO 5

39

409.- ¿Por qué no iría ni al Seguro ni al Ministerio?

40

410.- ¿Normalmente cuánto tiempo tardaría Ud. para llegar al lugar más cercano donde puede obtener métodos de planificación familiar?

HORAS: _____ MINUTOS: _____

(ANOTAR LA MEJOR ESTIMACION POSIBLE)

42

411.- ¿Actualmente está Ud. usando algún método para no quedar embarazada?

SI 1 (PASE A 416)

NO 2

45

SOLO PARA LAS QUE NO ESTAN USANDO ANTICONCEPTIVOS

412.- ¿Se ha hecho Ud. una operación que hace imposible que tenga más hijos?

SI ① (PASE A 422)

NO ②

46

413.- ¿Cuál es la razón principal por la que Ud. no está planificando su familia?

NO HACE VIDA CONYUGAL (SEPARADA, ETC.)..... ⑪

ESTA EMBARAZADA..... ⑫

INFERTILIDAD POST-PARTO..... ⑬

NO PUEDE TENER HIJOS..... ⑭ → (PASE A 504)

QUIERE QUEDAR EMBARAZADA..... ⑮

LE HACEN DAÑO LOS METODOS..... ⑯

RAZONES RELIGIOSAS..... ⑰

EL ESPOSO NO LE DEJA..... ⑱

NO PUEDE CONSEGUIRLOS, LE QUEDA INCOMODO, CAROS, ETC. ⑲

NO LE GUSTA, ETC. ; ⑳

OTRA _____ (Especifique) ㉑

NO SABE..... ㉒

27

414.- ¿Y en el futuro piensa Ud. planificar su familia?

SI ①

NO ②

NO SABE ③ } (PASE A 501)

49

415.- ¿Con cuál método anticonceptivo piensa Ud. planificar su familia en el futuro?

Pastilla..... ① Esterilización femenina ⑥

Diu..... ② Vasectomia..... ⑦

Condón..... ③ Ritmo..... ⑧

Inyección..... ④ Retiro..... ⑨

Vaginales.... ⑤ Depende..... ⑰

No sabe..... ⑲

50

PASE A 501

SOLO PARA LAS QUE ESTAN USANDO ANTICONCEPTIVOS

416.- ¿Cuál método están usando? (SI USA DOS METODOS MARQUE EL QUE APAREZCA PRIMERO EN LA LISTA DE ABAJO Y ANOTE EL OTRO A LA PAR)

- | | | | | |
|------------------|---|---------------------------|---|--------------|
| Pastilla..... ① | } | Esterilización femenina ⑥ | } | (PASE A 422) |
| Diu..... ② | | Vasectomia..... ⑦ | | |
| Condón..... ③ | } | Ritmo..... ⑧ | } | (PASE A 419) |
| Inyección..... ④ | | Retiro..... ⑨ | | |
| Vaginales..... ⑤ | | Otro ⑩ | | |
- (Especifique)

52

54

417.- ¿En dónde obtiene (le pusieron).....? (Método)

- C.C.S.S. ①
 DEP. MIN. SALUD..... ②
 FARMACIA CON CUPON ③
 FARMACIA SIN CUPON.. ④
 CLINICA PARTICULAR.. ⑤
 MEDICO PARTICULAR... ⑥
 OTRO _____ ⑦
 (Especifique)
 NO SABE..... ⑨ → (PASE A 419)

56

418.- ¿Normalmente cuánto tiempo tarda para llegar a ese lugar?

HORAS: _____ MINUTOS: _____
 (ANOTAR LA MEJOR ESTIMACION POSIBLE)

57

419.- Si en este momento Ud. pudiera elegir ¿Seguiría usando el mismo método anticonceptivo o preferiría otro?

- | | | | |
|------------|---|--------------|-------------|
| EL MISMO ① | } | (PASE A 501) | PRFERIRIA ② |
| NO SABE ⑨ | | | OTRO..... |

60

420.- ¿Cuál método preferiría Ud. usar?

- | | |
|----------------|--------------------------------|
| Pastilla.... ① | Esterilización femenina..... ⑥ |
| Diu..... ② | Vasectomia..... ⑦ |
| Condón.... ③ | Ritmo..... ⑧ |
| Inyección ④ | Retiro..... ⑨ |
| Vaginales. ⑤ | No sabe ⑩ → (PASE A 501) |

61

421.- ¿Por qué no está usando este otro método?

63

PASE A 501

SOLO SI ELLA O EL ESPOSO ESTAN ESTERILIZADOS

422.- ¿En dónde le hicieron la operación?

- C.C.S.S. ①
- DEPENDENCIA MIN. SALUD..... ②
- CLINICA PARTICULAR ③
- OTRO _____ ④
(especifique)
- NO SABE..... ⑨

65

423.- ¿Tuvo que pagar por la operación?

- SI ①
- NO ②
- NO SABE ⑨

66

424.- ¿En qué mes y en qué año le operaron?

_____ 19_____
(mes) (año)

Mes Año

67 69

425.- ¿Se operó porque ya no deseaba tener más hijos, por motivos de salud o las dos cosas?

- NO DESEABA MAS HIJOS..... ①
- MOTIVOS DE SALUD..... ②
- LAS DOS COSAS..... ③
- NO SABE..... ⑨

71

PASE A 504

V.- PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

501.- ¿Desea Ud. (quedad embarazada otra vez y) tener (más) hijos algún día?

SI ①

NO ② (PASE A 504)

NO SABE ⑨ (PASE A 505)

72

502.- Si dependiera totalmente de Ud. ¿Cuándo le gustaría tener su próximo (primer) hijo?

Lo más pronto posible..... ①

El próximo año..... ②

Dentro de 2 años..... ③

Dentro de 3 años..... ④

Dentro de más de 3 años..... ⑤

Cuando me case..... ⑥

No sabe cuando..... ⑨

73

503.- ¿Cuántos hijos (más, aparte de los que ya tiene) quisiera tener Ud.?

NUMERO: _____

LOS QUE VENGAN,
LOS QUE DIOS MANDE ⑨7

NO SABE..... ⑨9

PASE A 505

74

NO DESEAN HIJOS, ESTERILIZADAS O INFERTILES

504.- Si Ud. hubiera podido elegir ¿Cuántos hijos habría tenido?

NUMERO: _____

LOS QUE VENGAN,
LOS QUE DIOS MANDE ⑨7

NO SABE..... ⑨9

76

505.- Suponiendo que en este momento (enseguida de su actual embarazo) quedara embarazada ¿Esto le causaría a Ud. o a su familia algún problema o no le causaría problemas?

ALGUN PROBLEMA ①

NINGUN PROBLEMA ②

NO SABE..... ⑨

78

506.- ¿Está Ud. de acuerdo en que los matrimonios usen métodos para evitar los embarazos?

DE ACUERDO ①

EN CONTRA ③

DEPENDE..... ②

NO SABE..... ⑨

79

ENTREVISTADORA:

**REVISE TODO EL CUESTIONARIO Y ASEGURESE
QUE HA SIDO CORRECTAMENTE COMPLETADO
DE LAS GRACIAS Y TERMINE LA ENTREVISTA.**

COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA:

COMENTARIOS DE LA SUPERVISORA:
