

No. DE CUESTIONARIO: _____

No. SEGMENTO CORRELATIVO: _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR

**CUESTIONARIO
INDIVIDUAL**

ENCUESTA
NACIONAL DE

EPIDEMIOLOGÍA
Y
SALUD
FAMILIAR
1991

ASOCIACION
HONDUREÑA DE
PLANIFICACION
DE FAMILIA

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

TEGUCIGALPA, F.M

HONDURAS, C.A.

CUESTIONARIO INDIVIDUAL
CARACTERISTICAS GENERALES

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____

NUMERO DE SECTOR: _____

NUMERO DEL CUESTIONARIO: _____

NUMERO DE ORDEN DE LA MUJER EN EL CUESTIONARIO DE VIVIENDA:

NOMBRE DE LA ENTREVISTADORA: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ _____ / _____
Día Mes Año

RESULTADO DE LA ENTREVISTA:

1. Realizada
2. Mujer ausente
3. Rechazo por la entrevistada o sus familiares
8. Otro _____

101. Cuantos años cumplidos tiene Usted?

102. En qué fecha nació Usted? (Verifique con documento)

_____ / _____ / _____
Día Mes Año

103. Cual fue el grado o año más alto que usted aprobó en la escuela, colegio o universidad? (Encierre con un circulo el último grado).

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. Primaria | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Secundaria | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Universidad/superior | 1 2 3 4 5 6 7 oficio |

Anote el código correspondiente:

104. Realiza o hace usted algún trabajo o actividad por el cual recibe pago en dinero o en otra forma ?

TRAB104

1. Si
2. No ----- > **PASE A 107**

105. Este trabajo lo realiza:

DONDE105

1. En casa
2. Fuera de casa
3. Ambas situaciones

106. Qué clase de trabajo realiza?

CLASE106

107. Cuál es su estado civil?

CIVIL107

1. Casada
2. Unida
3. Divorciada
4. Viuda
5. Separada
6. Soltera

108. Cuantas veces ha estado unida o casada? (incluyendo la vez actual)

VECES108

109. Durante los últimos 5 años cuantas veces ha sido vacunada contra el tétanos (vacuna que se pone en el brazo)?

VACUN109

0. 0 ----- > **PASE A 201** (Pag.3)
1. 1
2. 2 ó más
9. No sabe/No recuerda

110. En qué fecha le aplicaron la ultima (o única) dosis?

DIA110 ___ / **MES110** ___ / **ANO110** ___

Día Mes Año

FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

Ahora hablaremos sobre todos los hijos que Usted ha tenido en su vida.

201. Ha tenido algún hijo que nació vivo?

NV201

1. Si
2. No ----- > PASE A 206

202. Cuantos hijos nacidos vivos ha tenido en total?

TOTAL202

Hijos nacidos vivos ____ ____

203. Cuantos hijos viven con usted en esta casa?

HIJOS203

Hijos en casa ____ ____ 00 = Ninguno

204. Cuantos de sus hijos viven en otra parte?

OHJO204

Hijos en otra parte ____ ____00 = Ninguno

205. Cuantos de sus hijos que nacieron vivos se le murieron después (Se incluye algún hijo o hija que nació vivo(a) y murió solo minutos u horas después)

MUERT205

Hijos que han muerto ____ ____00 = Ninguno

SUME LAS RESPUESTAS DE 203, 204 Y 205 Y ESCRIBA EL TOTAL: _ Y

CONTRASTELO CON 202.

TOTNV205

SOLO PARA VERIFICAR, USTED HA TENIDO EN TOTAL ____ ____ NACIDOS VIVOS EN SU VIDA? ESTO ES CORRECTO?

206. Ha tenido algún hijo que nació muerto?

NM206

1. Si
2. No

SI NO HA TENIDO ALGUN HIJO NACIDO VIVO O MUERTO-----> PASE A

501 (Pag. 15)

SI HA TENIDO UNO O MAS HIJOS NACIDOS VIVOS O MUERTOS, CONTINUE:

207. En qué fecha nació su último hijo nacido vivo o muerto?

/ /

Día Mes Año

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI EL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO O MUERTO DE LA ENTREVISTADA NACIO DESDE EL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986. SI ES ASI, CONTINUE. SI NO PASE A 501. (Pag. 15).

ENCUESTADORA: A CONTINUACION PREGUNTE SOBRE TODOS LOS HIJOS NACIDOS DE LA ENTREVISTADA TANTO VIVOS COMO MUERTOS QUE HAYAN NACIDO DESDE EL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986. COMIENZE CON EL ULTIMO Y AL FINALIZAR LAS PREGUNTAS PARA ESTE, VERIFIQUE SI EL ANTERIOR (SI HAY) NACIO EN EL PERIODO DE REFERENCIA Y ASI SUCESIVAMENTE.

CODIFICADORA: ANOTE EL NUMERO TOTAL DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y MUERTOS QUE HA TENIDO LA ENTREVISTADA A PARTIR DEL 10. DE SEPTIEMBRE DE 1986 HASTA LA FECHA DE LA ENTREVISTA.

PREGUNTAS	HIJOS TENIDOS DESDE 1°. DE SEPTIEMBRE DE 1996					
	ULTIMO HIJO		1	PENULTIMO HIJO		2
NOMBRE						
Tipo de producto PROD208	208	PROD208A	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto -->PASE A 3. No sabe ----->214	PROD208B	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto -->PASE A 3. No sabe ----->214	
Sexo del niño SEXO209	209	SEXO209A	1. Masculino 2. Femenino	SEXO209B	1. Masculino 2. Femenino	
En qué día mes y año nació? DIA210 MES210 ANO210	210	DIA210A MES210A ANO210A	Día Mes Año VIVO211A	DIA210B MES210B ANO210B	Día Mes Año VIVO211B	
Esta vivo? VIVO211	211		1. Si ----->PASE A 218 2. No ----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218		1. Si ----->PASE A 218 2. No ----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218	
En qué día mes y año murió? PIDA EL DOCUMENTO DE REGISTRO DE LA DEFUNCIÓN DEL NIÑO DIA212 MES212 ANO212	212	MDIA212A MMES212A MANO212A	Día Mes Año	MDIA212B MMES212B MANO212B	Día Mes Año	
Cual era la edad en meses cuando murió? ESCRIBA EN DIAS SI MENOS DE 1 MES; EN MESES PARA EL RESTO. SI CONTESTA 1 AÑO (12 MESES) PREGUNTE SI LO HABIA CUMPLIDO DIAS213 MES213	213		DIAS DIAS213A MESES MES213A PASE A 218		DIAS DIAS213B MESES MES213B PASE A 218	
Sexo del niño SEXO214	214	SEXO214A	1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	SEXO214B	1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	
En qué día mes y año nació? NDIA215 NMES215 NANO215	215	NDIA215A NMES215A NANO215A	Día Mes Año MES216A	NDIA215B NMES215B NANO215B	Día Mes Año MES216B	
De cuantos meses nació MES216	216		Meses ___ ___ SEN217A		Meses ___ ___ SEN217B	
Dio señales de vida? SEN217	217		1. Si 2. No 9. No sabe		1. Si 2. No 9. No sabe	
No. de orden del nacido vivo ORD218	218	ORD218A	1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Antepenúltimo nacido vivo 4. Nacido muerto/No sabe . Ante Ante penúltimo nacido vivo PASE AL SIGUIENTE HIJO SI LO HAY SI NO, PASE A 301 (pag. 7)	ORD218B	1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Antepenúltimo nacido vivo 4. Nacido muerto/No sabe	

PREGUNTAS	HIJOS TENIDOS DESDE 1°. DE SEPTIEMBRE DE 1996			
	ANTEPENULTIMO HIJO	3	CUARTO HIJO	4
NOMBRE				
Tipo de producto	208	ORD208C 1. Nacido vivo 2. Nacido muerto -->PASE A 3. No sabe ----->214	ORD208D 1. Nacido vivo 2. Nacido muerto -->PASE A 3. No sabe ----->214	
Sexo del niño	209	SEXO209C 1. Masculino 2. Femenino	SEXO209D 1. Masculino 2. Femenino	
En qué día mes y año nació?	210	DIA210C MES210C ANO210C Día Mes Año VIVO211C	DIA210D MES210D ANO210D Día Mes Año VIVO211D	
Esta vivo?	211	1. Si ----->PASE A 218 2. No ----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218	1. Si ----->PASE A 218 2. No ----->CONTINUE 9. No sabe->PASE A 218	
En qué día mes y año murió? PIDA EL DOCUMENTO DE REGISTRO DE LA DEFUNCIÓN DEL NIÑO	212	MDIA212C MMES212C MANO212C Día Mes Año	MDIA212D MMES212D MANO212D Día Mes Año	
Cual era la edad en meses cuando murió? ESCRIBA EN DIAS SI MENOS DE 1 MES; EN MESES PARA EL RESTO. SI CONTESTA 1 AÑO (12 MESES) PREGUNTE SI LO HABIA CUMPLIDO	213	DIAS DIAS213C MESES MES213C PASE A 218	DIAS DIAS213D MESES MES213D PASE A 218	
Sexo del niño	214	SEXO214C 1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	SEXO214D 1. Masculino 2. Femenino 9. No sabe	
En qué día mes y año nació?	215	NDIA215C NMES215C NANO215C Día Mes Año MES216C Meses ___ ___	NDIA215D NMES215D NANO215D Día Mes Año MES216D Meses ___ ___	
De cuantos meses nació	216	SEN217C	SEN217D	
Dio señales de vida?	217	1. Si 2. No 9. No sabe	1. Si 2. No 9. No sabe	
No. de orden del nacido vivo	218	ORD218C 1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Antepenúltimo nacido vivo 4. Nacido muerto/No sabe PASE AL SIGUIENTE HIJO SI LO HAY SI NO, PASE A 301 (pag. 7)	ORD218D 1. Ultimo nacido vivo 2. Penúltimo nacido vivo 3. Antepenúltimo nacido vivo 4. Nacido muerto/No sabe	

ENCUESTADOR: IDENTIFIQUE EL ULTIMO NACIDO VIVO O MUERTO Y CONTINUE CON 301.

CUIDADO ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL PARTO

Ahora conversaremos sobre el embarazo de_____
 _____-(Nombre del último hijo nacido vivo o muerto en
 los últimos cinco años)

301. Fue Usted a consulta o control prenatal durante el embarazo

PRENA301

1. Si
2. No -----> **PASE A 305**

302. Donde fue usted a la primera consulta o control prenatal?

DONDE302

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Publica Hospital del Seguro Social
3. Hospital/medico/clínica privado
4. CESAMO
5. CESAR
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

303. Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a la primera
 consulta prenatal?

MES303

- _____meses 8 = 8 0 9 meses
 9 = No sabe/No recuerda

304. A cuantas consultas o controles prenatales fue usted?

VISIT304

- 99 = No sabe/No recuerda

305. Durante el embarazo visito a una partera?

PTC305

1. Si
2. No -----> **PASE A 310** (Pag. 8)

306. Cuantos meses de embarazo tenía cuando fue a la primera
 visita con la partera?

MES306

- 8 = 8 0 9 meses
 9 = No sabe/No recuerdo

307. Cuantas veces visito a la partera durante el embarazo?

VISIT307 _____

- 99 = No sabe/No recuerda

308. Durante el embarazo, la partera le indicó que Usted tenía que ir al Centro de Salud?

CENTR308

1. Si
2. No -----> PASE A
9. No sabe -----> 310

309. Le dijo que fuera al Centro de Salud para un control prenatal normal o porque tenía algún problema durante el embarazo?

PROB309

1. Control prenatal normal
2. Por problema relacionado con el embarazo
8. Otro _____

310. Durante este Ultimo embarazo, tuvo? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
INFEC310 - Infección urinaria (mal de orín)	1	2	9
FIEB310 - Fiebre (calentura elevada)	1	2	9
CONV310 - Convulsiones(ataques)	1	2	9
SANG310 - Sangrado	1	2	9
HINCH310 - Hinchazón	1	2	9
PRES310 - Presión alta	1	2	9

SI ESTE HA SIDO SU PRIMER EMBARAZO, PASE A 312

311. Durante los embarazos anteriores tuvo? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
ABORT311 - Aborto	1	2	9
PREM311 - Algún niño que nació antes de Tiempo	1	2	9

312. En general (no solamente durante el embarazo) ha padecido

de...?

	SI	NO	NS/NR
PRES312 - Presión alta	1	2	9
CORAZ312 - Problemas del corazón	1	2	9
AZUC312 - Azúcar en la sangre	1	2	9

313. Durante el embarazo le pusieron a usted una vacuna en el brazo (vacuna contra el tétanos)? **TETAN313**

1. Si -----> Cuantas veces? **CUANT313**
2. No
9. No sabe/No recuerda

314. En qué Lugar nació_____?

LUGAR314

(Nombre del último nacido)

1. Con partera en casa o en casa de la partera
2. En casa sin medico, enfermera o partera---->**PASE A**
3. En casa con medico o enfermera ----->320 (Pag. 10)
4. Hospital del Ministerio de Salud pública--> **PASE A** Hospital
5. Seguro Social----->
6. Hospital/medico/clínica privada----->
7. Centro de Salud (CESAMO, CESAR)----->
8. Otro _____-----> 319 (Pag. 10)

315. Durante el parto, la partera...? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR	
LAVO315 - Se lavo las manos	1	2	9	9
TRATO315 - Trato de componerle el niño	1	2	9	9
INyec315 - Le puso una inyeccion para apurar parto	1	2	9	9
HALO315 - Halo el cordón o la placenta	1	2	9	9
HIRV315 - Hirvió el equipo antes de cortar el ombligo	1	2	9	9
CURO315 - Curo el ombligo con mercurio, yodo o mertiolate	1	2	9	9

316. En qué posición estuvo Usted en el momento de pujar?

1. Agachada (de rodillas, en cuclillas)
2. Acostada
3. Semisentada **POS316**
4. Parada
5. Uso varias posiciones
8. Otra_____

317. Le pago a la partera con dinero o en otra forma por la atención del parto? **PAGO317**

1. Dinero
2. Dinero mas otra forma de pago
3. Otra forma de pago -----> PASE A
4. No le pago nada-----> 320 (Pag. 10)

318. Cuánto dinero le pago?

LEMP318

Lps. _____ 999 = No sabe/No recuerda

ENCUESTADORA: PASE A 320

319. El nacimiento fue vaginal o por cesárea?

CESAR319

1. Vaginal
2. Cesárea

320. Después del parto? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
QUED320 - Se le quedo adentro la placenta	1	2	9
HEM320 - Tuvo hemorragia	1	2	9
FIEB320 - Le dio fiebre (calentura) alta	1	2	9
OLOR320 - Le salió flujo mal oliente por la parte	1	2	9

321. Visitó usted un servicio de salud/medico/partera para hacerse un control después del parto?

VISIT321

1. Si ----- > A los cuantos días? **CUANT321**
2. No ----- > **PASE A**
9. No sabe/No recuerda--> 323

43 = 43 Días o
mas

322. Donde se hizo este control?

DONDE322

1. Hospital del Ministerio de Salud Publica
2. Hospital del Seguro Social
3. Hospital/medico/clínica privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Partera
7. Partera mas Centro de salud
8. Otro
9. No sabe/No recuerda

323. A los cuantos meses del nacimiento de _____ le vino la regla? (Nombre ultimo nacido vivo)

MESES323

_____ meses

77 = No le ha venido todavía
99 = No recuerda

324. Después de cuantas semanas reinicio sus relaciones sexuales

SEMAN324

_____semanas

66 = No tiene marido

77 = Aun no ha comenzado

99 = No recuerda

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI ESTE NINO NACIO VIVO O MUERTO. SI NACIO VIVO CONTINUE. SI NACIO MUERTO, PASE :A 501 (Pag. 15).

325. Después de nacer _____ (Nombre) lo/la llevo al médico o centro de salud?

VISIT325

1. Si

2. No ----- **PASE A INSTRUCCIONES ANTES**

9. No sabe/No recuerda ---- > **DE 401 (Pag_ 12)**

326. Cuantas semanas o meses tenía cuando lo/la llevo al médico o centro de salud por primera vez?

SEMAN326

_____ Semanas (si menos de 1 mes)

MESES326

_____ Meses

8 = 8 o más meses

9 = No sabe/No recuerda

327. A donde lo/la llevó? **DONDE327**

1. Hospital del Ministerio de Salud Publica

2. Hospital del Seguro Social

3. Hospital/medico/clínica privada

4. CESAMO

5. CESAR

8. Otro _____

9. No sabe/No recuerda

328. Porque lo (la) llevo? **(LEA LAS OPCIONES)**

		SI	NO	NS/NR
ENF328	- Estaba enfermo (a)	1	2	9
CONTR328	- Niño sano (Control de crecimiento y de Desarrollo)	1	2	9
VAC328	- Vacunas	1	2	9
OTRO328	- Otro _____	1	2	9

ALIMENTACION DEL NINO

ENCUESTADORA: SI EL ULTIMO NINO ESTA VIVO Y TIENE MENOS DE DOS ANOS (0 A 23 MESES) CONTINUE. SI ESTA MUERTO O TIENE MAS DE 23 MESES (DOS ANOS O MAS) PASE A 501. (Pag. 15)

APLICA ESTE MODULO AL ULTIMO HIJO NACIDO VIVO DE LA ENTREVISTADA?

APLICA

1. Si
2. No

401. Le dio pecho al niño (a)?

PECHO401

1. Si
2. No ----- > **PASE A 408** (Pag. 13)

402. Cuando pegó al niño (a) por primera vez al pecho? **CUAND402**

1. Al solo nacer (primeros 10 minutos) Nació: _____
2. 11 a 59 minutos después del parto (HORAS)
3. 1 a 8 horas después del parto
4. Después de 8 horas pero antes Pegó al Pecho: _____
de 24 horas (HORAS)
5. De 24 a 36 horas
8. Otro _____

9. No sabe/No recuerda

403. Durante los primeros días a la madre le sale una leche amarilla o clara que algunos la llaman leche rala o primera leche. Le dio esta leche al niño?

CALOS403

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

404. Cuando le bajó la leche?

BAJO404

1. Antes de nacer el niño----- >**PASE A 406** (Pag. 13)
2. Primer día
3. Segundo día
4. Tercer día
5. Cuarto día o después
9. No sabe/No recuerda

405. Antes de que bajara la leche, le dio...? (LEA LAS OPCIONES)

		SI	NO	NS/NR
AGUA405 -	Agua sola	1	2	9
ATRAG405 -	Agua con otra sustancia	1	2	9
OTLEC405 -	(manzanilla, arroz, Otras leches	1	2	9
CHUP405 -	Chupón	1	2	9
OTRO405 -	Otro	1	2	9

406. Está dándole el pecho actualmente?

ACTUA406

1. Si ----> **PASE A 408**
2. No

407. Cuantos meses tenía el niño cuando dejo de mamar?

DEJO407

- 00 = Menos de un mes
 ----- 99 = No sabe/No recuerda

408. Cuantas semanas o meses tenía el niño cuando empezó a darle...? (ESCRIBA EN SEMANAS SI LE EMPEZO A DAR ANTES DE CUMPLIR EL PRIMER MES DE EDAD)

- 6 - 66 = No le ha introducido todavía
 9 - 99 = No sabe/No recuerda

		SEMANAS	MESES
-	Pura agua	AGUA408S	AGUA408M
-	Otras leches	LECH408S	LECH408M
-	Café y/o té	CAFE408S	CAFE408M
-	Jugos	JUGO408S	JUGO408M
-	Atoles/puré	ATOL408S	ATOL408M
-	Sopa/consomé	SOPA408S	SOPA408M
-	Comida solida	SOL408S	SOL408M

409. Señora, ahora queremos saber que alimentos le dio al niño el día de ayer?

ALIMENTOS	LE DIO EL DIA DE AYER		
Queso/cuajada QUESO409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Huevo HUEVO409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Carne CARNE409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Verduras (repollo, etc.) VERD409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Frutas FRUTA409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Frijoles FRIJ409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Arroz ARROZ409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Café/frescos de botella CAFE409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Raíces (papa, yuca, etc.) RAIZ409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Tortilla/pan TORT409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Plátano PLAT409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Agua sola AGUA409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Agua con hierbas/té TE409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Otras leches LECHE409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Mantequilla/otras grasas MANT409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Leche materna MATER409	1. Si	2. No	9.NS/NR
Sopas (frijoles/carne/verduras/etc.) SOPA409	1. Si	2. No	9.NS/NR

**CONOCIMIENTOS SOBRE USO DE LITROSOL E INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS**

501. Ahora vamos a platicar acerca de la salud de los niños.

11. Tiene, hoy en casa, LITROSOL?

LITRO11

1. Si (**PIDA QUE SE LO MUESTRE**)
2. No, pero lo conoce ----- > **PASE A 13**
3. No conoce el LITROSOL ----- > **PASE A 14**

12. Donde lo consiguió?

DONDE12

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de Salud/Hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

13. Me podría indicar como se prepara el LITROSOL? (**PIDA A LA ENTREVISTADA LOS PASOS EN LA PREPARACION. NO LOS LEA**)

MENCIONO NO MENCIONO

LAVA13	-	Lavarse las manos	1	2
HERVIR13	-	Hervir el agua/agua limpia	1	2
ENFRIA13	-	Enfriar el agua	1	2
MEDIR13	-	Medir exactamente un litro de agua Limpia	1	2
DISOLV13	-	Disolver un sobre completo de LITROSOL	1	2
DESECH13	-	Desecharlo después de 24 horas	1	2

14. Cuando un niño está enfermo del pecho, como sabe que se pone grave? (**NO LEA LAS OPCIONES**)

MENCIONO NO MENCIONO

TOS14	-	Tos	1	2
FIEB14	-	Fiebre	1	2
FATIG14	-	Fatiga/cansado	1	2
HERV14	-	Hervor/ruidos de pecho	1	2
RESP14	-	Dificultad para respirar	1	2
APET14	-	Desgano/falta apetito	1	2
OGUID14	-	Oguido	1	2
IRRIT14	-	Irritable	1	2
FLEM14	-	Flemas	1	2
GARG14	-	Dolor de garganta/ronquera	1	2
TIRAJ14	-	Tiraje	1	2
OTRO14	-	Otro _____	1	2

MORBILIDAD DE LOS NIÑOS

SENORA: AHORA NOS GUSTARIA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE, LOS NINOS MENORES DE CINCO ANOS QUE SON SUYOS O QUE USTED ESTA CRIANDO PERSONALMENTE Y VIVEN AQUI.

502. Cuantos niños (as) menores de cinco anos que viven aquí son suyos o esta criando personalmente?

NINOS502

Si no tiene niños las menores de cinco anos, **PASE A 601 (Pag. 41)**

Como se Lllaman? (**ESCRIBA EN ORDEN CONSECUTIVO, PARTIENDO DE MENOR A MAYOR EDAD**)

NOMBRE

NUMERO DE ORDEN EN CUADRO DE NINOS EN CUESTIONARIO DE LA VIVENDA.

ORDNINOA

1. _____ (MENOR)
2. _____
3. _____
4. _____ (MAYOR)

NIÑO No. 1

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NINOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: NINONV

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: NINONVA
 (Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

503. Ha padecido _____ (Nombre del primer niño) de sarampión?

- SAR503 SAR
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

15. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del primer niño) diarrea en los últimos 15 días?

- DIAR15 DIAR
1. Si
 2. No ----- > **PASE A**
 9. No Sabe/No Recuerda ---- > **504 (Pag. 20)**

16. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.

- HOY16 HOY
1. Si ----- > **PASE A 19 (Pag. 13)**
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

17. Y ayer?

- AYER16 AYER
1. Si ----- > **PASE A 19 (Pag. 18)**
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

18. Y anteayer?

- ANTE16 ANTE
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

19. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

CUANT CUANT19

_____ 99 = No sabe/No recuerda

20. Era con sangre?

SANG20 SANG

1. Si
2. No
3. NO sabe/No recuerda

21. Tiene/tubo?

		SI	NO
<input type="text"/> VOMIT21	<input type="text"/> VOMIT	Vómitos (vasca)	1 2
<input type="text"/> FIEB21	<input type="text"/> FIEB	Fiebre alta (>38.5 C)	1 2

22. Usó algo para tratar esa diarrea?

TRATO22 TRATO

1. Si
2. No -----> PASE A 25 (Pag. 19)

23. ¿Qué usó) (LEA LAS OPCIONES)

<input type="text"/> LITRO23	<input type="text"/> LITRO	Litrosol	1. Si		
			2. No		
<input type="text"/> PURG23	<input type="text"/> PURG	Purgantes	1. Si		
			2. No		
<input type="text"/> SOBAD23	<input type="text"/> SOBAD	Sobada	1. Si		
			2. No		
<input type="text"/> PAST23	<input type="text"/> PAST	Pastillas	1. Si	<input type="text"/> P23A ----- (--)	<input type="text"/> P23C ----- (--)
			2. No	<input type="text"/> P23B ----- (--)	<input type="text"/> P23D ----- (--)
<input type="text"/> JARAB23	<input type="text"/> JARAB	Jarabes/ Líquidos	1. Si	<input type="text"/> J23A ----- (--)	<input type="text"/> J23C ----- (--)
			2. No	<input type="text"/> J23B ----- (--)	<input type="text"/> J23D ----- (--)
<input type="text"/> INYEC23	<input type="text"/> INYEC	Inyecciones	1. Si	<input type="text"/> I23A ----- (--)	
			2. No	<input type="text"/> I23B ----- (--)	
<input type="text"/> HIERB23	<input type="text"/> HIERB	Plantas medicinales	1. Si	<input type="text"/> H23A ----- (--)	<input type="text"/> H23C ----- (--)
			2. No	<input type="text"/> H23B ----- (--)	<input type="text"/> H23D ----- (--)
<input type="text"/> OTRO23	<input type="text"/> OTRO	Otro	1. Si	<input type="text"/> O23A ----- (--)	
			2. No	<input type="text"/> O23B ----- (--)	

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 25 (Pag.19)

24. Donde consiguió el LITROSOL?

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

25. A quién o quienes consulto durante esa diarrea? (NO LEA OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO	
<input type="text" value="ELLA25"/>	<input type="text" value="ELLA"/>	Ella misma	1	2
<input type="text" value="PTE25"/>	<input type="text" value="PTE"/>	Partera	1	2
<input type="text" value="GUARD25"/>	<input type="text" value="GUARD"/>	Guardián de Salud	1	2
<input type="text" value="CURANT25"/>	<input type="text" value="CURANT"/>	Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
<input type="text" value="FARMA25"/>	<input type="text" value="FARMA"/>	Farmacia	1	2
<input type="text" value="PUEST25"/>	<input type="text" value="PUEST"/>	Puesto de venta de medicinas	1	2
<input type="text" value="PULP25"/>	<input type="text" value="PULP"/>	Pulpería	1	2
<input type="text" value="FAMIL25"/>	<input type="text" value="FAMIL"/>	Familiar/vecino	1	2
<input type="text" value="MSP25"/>	<input type="text" value="MSP"/>	Hospital del Ministerio de Salud	1	2
<input type="text" value="MEDIC25"/>	<input type="text" value="MEDIC"/>	Hospital/clínica/médico privado	1	2
<input type="text" value="IHSS25"/>	<input type="text" value="IHSS"/>	Hospital/clínica del IHSS	1	2
<input type="text" value="CESAM25"/>	<input type="text" value="CESAM"/>	CESAMO	1	2
<input type="text" value="CESAR25"/>	<input type="text" value="CESAR"/>	CESAR	1	2
<input type="text" value="OTRO25"/>	<input type="text" value="OTRO"/>	Otro _____	1	2

26. Dejo de darle el pecho a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

27. Le quite algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si
2. No
3. No había introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

504. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

28. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre primer niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

TOS28 TOS

1. Si

2. No ----- PASE A 505 (Pag. 21)

29. Presento alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (LEA LAS OPCIONES)

SI NO NS/NR

<input type="checkbox"/> RESP	<input type="checkbox"/> RESP29	Respiración más rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
<input type="checkbox"/> TIRAJE	<input type="checkbox"/> TIRAJE29	Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
<input type="checkbox"/> ALET	<input type="checkbox"/> ALET29	Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
<input type="checkbox"/> CIAN	<input type="checkbox"/> CIAN29	Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
<input type="checkbox"/> ESTR	<input type="checkbox"/> ESTR29	Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
<input type="checkbox"/> SIBIL	<input type="checkbox"/> SIBIL29	Sibilancia (chiflido)	1	2	9
<input type="checkbox"/> HERV	<input type="checkbox"/> HERV29	Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
<input type="checkbox"/> FIEB	<input type="checkbox"/> FIEB29	Fiebre alta (calentura)	1	2	9
<input type="checkbox"/> NARIZ	<input type="checkbox"/> NARIZ29	Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
<input type="checkbox"/> TOS	<input type="checkbox"/> TOS29	Tos	1	2	9
<input type="checkbox"/> GARG	<input type="checkbox"/> GARG29	Dolor de garganta	1	2	9
<input type="checkbox"/> TRAG	<input type="checkbox"/> TRAG29	Dificultad para tragar	1	2	9
<input type="checkbox"/> OIDO	<input type="checkbox"/> OIDO29	Dolor de oído	1	2	9
<input type="checkbox"/> SUPUR	<input type="checkbox"/> SUPUR29	Supuración del oído (pus)	1	2	9

30. Durante esta gripe/tos . ? (LEA LAS OPCIONES)

SI NO NS/NR

<input type="checkbox"/> LIMP	<input type="checkbox"/> LIMP30	Le limpio la nariz	1	2	9
<input type="checkbox"/> GOTAS	<input type="checkbox"/> GOTAS30	Le puso gotas de agua de Manzanilla en la nariz	1	2	9
<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> BAJO30	Le bajo la fiebre con paños húmedos	1	2	9
<input type="checkbox"/> AGUA	<input type="checkbox"/> AGUA30	Le dio más agua que de costumbre	1	2	9
<input type="checkbox"/> ACEIT	<input type="checkbox"/> ACEIT30	Le dio aceites/purgantes	1	2	9
<input type="checkbox"/> PAST	<input type="checkbox"/> PAST30	Le dio pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

31. Dejo de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

DEJO31 **DEJO**

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

32. Le quito algún alimento a causa de esta gripe/tos?

QUITO32 **QUITO**

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

33. A quien consulto para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

			MENCIONO	NO MENCIONO	
ELLA	ELLA33	-	Ella misma	1	2
PTE	PTE33	-	Partera	1	2
GUARD	GUARD33	-	Guardián de Salud	1	2
CURAN	CURAN33	-	Curandero/inyeccionista	1	2
FARMA	FARMA33	-	Farmacia	1	2
FAMIL	FAMIL33	-	Familiar/vecino	1	2
PUEST	PUEST33	-	Puesto de venta de medicina	1	2
PULP	PULP33	-	Pulpería/tienda	1	2
CESAM	CESAM33	-	CESAMO	1	2
CESAR	CESAR33	-	CESAR	1	2
MSP	MSP33	-	Hospital del Ministerio de Salud	1	2
IHSS	IHSS33	-	Hospital del IHSS	1	2
MEDIC	MEDIC33	-	Medico/hospital/clínica privada	1	2
OTRO	OTRO33	-	Otro	1	2

VACUNACIONES

505. **SENORA:** AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

34. Ha sido _____vacunado alguna vez?

VACUN34 **VACUN** (NOMBRE DEL PRIMER NINO)

1. Si
2. No----- > PASE
9. No sabe/No recuerda-> A 37 (Pag_ 22)

35. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

- CARN35 CARN
1. Si/lo mostré
 2. Si/no lo mostré
 3. No tiene

36. Numero de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS Y FECHA DE ADMINISTRACIÓN									TOTAL
	1			2			3			
Polio <input type="checkbox"/> POL	<input type="checkbox"/> APOLDIA1	<input type="checkbox"/> APOLMES1	<input type="checkbox"/> APOLANO1	<input type="checkbox"/> APOLDIA2	<input type="checkbox"/> APOLMES2	<input type="checkbox"/> APOLANO2	<input type="checkbox"/> APOLDIA3	<input type="checkbox"/> APOLMES3	<input type="checkbox"/> APOLANO3	<input type="checkbox"/> ATOTPOL
DTP <input type="checkbox"/> DPT	<input type="checkbox"/> ADPTDIA1	<input type="checkbox"/> ADPTMES1	<input type="checkbox"/> ADPTANO1	<input type="checkbox"/> ADPTDIA2	<input type="checkbox"/> ADPTMES2	<input type="checkbox"/> ADPTANO2	<input type="checkbox"/> ADPTDIA3	<input type="checkbox"/> ADPTMES3	<input type="checkbox"/> ADPTANO3	<input type="checkbox"/> ATOTDPT
Sarampión <input type="checkbox"/> SAR	<input type="checkbox"/> ASARDIA	<input type="checkbox"/> ASARMES1	<input type="checkbox"/> ASARANO1	<input type="checkbox"/> ASARDIA2	<input type="checkbox"/> ASARMES2	<input type="checkbox"/> ASARANO2	___	___	___	<input type="checkbox"/> ATOTSAR
BCG <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ABCGDIA	<input type="checkbox"/> ABCGMES	<input type="checkbox"/> ABCGANO	___	___	___	___	___	___	<input type="checkbox"/> ATOTBCG

8 o mas

No sabe/No recuerda

37. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños? LIMIT37 LIMIT

1. Si
2. No-----> PASE AL SEGUNDO NIÑO
3. No se ha fijado-----> SI LO HAY. (Pag. 23)
4. Esta muy chiquito---> SI NO,
9. No sabe/No recuerda-> PASE A 601 (Pag. 41)

38. Qué problema?

PROB PROB38A _____ (___)

PROB PROB38B _____ (___)

PASE AL SEGUNDO NIÑO SI LO HAY. SI NO, PASE A 601 (Pag.41)

NIÑO No. 2

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NINOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: **ORDNINO**

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: **NINONVB**
(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

506. Ha padecido _____ (Nombre del segundo niño) de sarampión?

- SAR506**
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

39. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del segundo niño) diarrea en los últimos 15 días?

- DIAR39**
1. Si
 2. No ----- **PASE A**
 9. No Sabe/No Recuerda ----- > 507 (Pag. 26)

40. A hora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.

1. Si ----- > **PASE A 43**
2. No
9. No sabe/No recuerda

HOY40

41. Y ayer?

- AYER41**
1. Si ----- > **PASE A 43**
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

42. Y anteayer?

- ANTE42**
1. Si
 2. No
 9. No sabe/No recuerda

43. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

CUANT43

99 = No sabe/No recuerda

44. Era con Sangre?

SANG44

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

45. Tiene/Tuvo?

		SI	NO
VOMIT45	- Vómitos (vasca)	1	2
FIEB45	- Fiebre alta (>38.5C)	1	2

46. Usó algo para tratar esa diarrea?

TRATO46

1. Si
2. No -----> **PASE A 49** (Pag. 45)

47. Que usó?

LITRO47	- Litrosol	1. Si			
		2. No			
PURG47	- Purgantes	1. Si			
		2. No			
SOBAD47	- Sobada	1. Si			
		2. No			
PAST47	- Pastillas	1. Si	P47A _____	(_ _)	P47C _____ (_ _)
		2. No	P47B _____	(_ _)	P47D _____ (_ _)
JARAB47	- Jarabes/ Líquidos	1. Si	J47A _____	(_ _)	J47C _____ (_ _)
		2. No	J47B _____	(_ _)	J47D _____ (_ _)
INyec47	- Inyecciones	1. Si	I47A _____	(_ _)	
		2. No	I47B _____	(_ _)	
HIERB47	- Plantas Medicinales	1. Si	H47A _____	(_ _)	H47C _____ (_ _)
		2. No	H47B _____	(_ _)	H47D _____ (_ _)
OTRO47	- Otro	1. Si	O47A _____	(_ _)	
		2. No	O47B _____	(_ _)	

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 49 (Pag. 25)

48. Donde consiguió el LITROSOL? **DONDE48**

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

49. A quien o quienes consultó durante esa diarrea? **(NO LEA OPCIONES)**

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA49	- Ella misma	1	2
PTE49	- Partera	1	2
GUARD49	- Guardián de Salud	1	2
CURAN49	- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
FARMA49	- Farmacia	1	2
PUEST49	- Puesto de venta de medicinas	1	2
PULP49	- Pulpería	1	2
FAMIL49	- Familiar/vecino	1	2
MSP49	- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
MEDIC49	- Hospital/clínica/médico privado	1	2
IHSS49	- Hospital/clínica del IHSS	1	2
CESAM49	- CESAMO	1	2
CESAR49	- CESAR	1	2
OTRO49	- Otro	1	2

50. Dejo de darle el pecho a causa de esta diarrea?

DEJO50

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

51. Le quito algún alimento a causa de esta diarrea?

QUITO51

1. Si
2. No
3. No había introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

507. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

52. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre **segundo niño**) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

TOS52

1. Si

2. No -----> **PASE A 508 (Pag. 27)**

53. Presentó alguno de los siguientes síntomas en los últimos 15 días? (**LEA LAS OPCIONES**)

		SI	NO	NS/NR
RESP53 -	Respiración más rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
TRAJE53 -	Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
ALET53 -	Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
CIAN53 -	Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
ESTR53 -	Estridor (oguido u oguillo cuando el niño esta en reposo)	1	2	9
SIBIL53 -	Sibilancia (chiflido)	1	2	9
HERV53 -	Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
FIEB53 -	Fiebre alta	1	2	9
NARIZ53 -	Tapazon de nariz o catarro	1	2	9
TOS53 -	Tos	1	2	9
GARG53 -	Dolor de garganta	1	2	9
TRAG53 -	Dificultad para tragar	1	2	9
OIDO53 -	Dolor de oído	1	2	9
SUPUR53 -	Supuración del oído (pus)	1	2	9

54. Durante esta gripe/tos . .? (**LEA LAS OPCIONES**)

		SI	NO	NS/NR
LIMP54 -	Le limpio la nariz	1	2	9
GOTAS54 -	Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
BAJO54 -	Le bajó la fiebre con paños húmedos	1	2	9
AGUA54 -	Le dio más agua que de costumbre	1	2	9
ACEIT54 -	Le dio aceites/purgantes	1	2	9
PAST54 -	Le dio pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

55. Dejó de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

DEJO55

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

56. Dejó de darle algún alimento a causa de esta gripe/tos?

QUITO56

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

57. A quién consulto para el tratamiento de esta gripe/tos?

(NO LEA LAS OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA57	Ella misma	1	2
PTE57	Partera	1	2
GUARD57	Guardián de Salud	1	2
CURAN57	Curandero/inyeccionista	1	2
FARMA57	Farmacia	1	2
FAMIL57	Familiar/vecino	1	2
PUEST57	Puesto de venta de medicina	1	2
PULP57	Pulpería/tienda	1	2
CESAM57	CESAMO	1	2
CESAR57	CESAR	1	2
MSP57	Hospital del Ministerio de Salud	1	2
IHSS57	Hospital del IHSS	1	2
MEDIC57	Medico/hospital/clínica privada	1	2
OTRO57	Otro	1	2

VACUNACIONES

508. **SENORA:** AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

58. Ha sido _____vacunado alguna vez?

(Nombre del segundo niño)

VACUN58

1. Si
2. No ----- > **PASE A**
3. No sabe/No recuerda-> 61 (Pag. 28)

59. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

1. Si/lo mostro
2. Si/no lo mostro
3. No tiene

60. Numero de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS			Y FECHA DE ADMINISTRACIÓN						TOTAL
	1	2	3	1		2		3		
a. Polio	<input type="text" value="BPOLDIA1"/>	<input type="text" value="BPOLMES1"/> / <input type="text" value="BPOLANO1"/>	<input type="text" value="BPOLDIA2"/>	<input type="text" value="BPOLMES2"/>	<input type="text" value="BPOLANO2"/>	<input type="text" value="BPOLDIA3"/>	<input type="text" value="BPOLMES3"/>	<input type="text" value="BPOLANO3"/>	<input type="text" value="BTOTPOL"/>	
b. DTP	<input type="text" value="BDPTDIA1"/>	<input type="text" value="BDPTMES1"/> / <input type="text" value="BDPTANO1"/>	<input type="text" value="BDPTDIA2"/>	<input type="text" value="BDPTMES2"/>	<input type="text" value="BDPTANO2"/>	<input type="text" value="BDPTDIA3"/>	<input type="text" value="BDPTMES3"/>	<input type="text" value="BDPTANO3"/>	<input type="text" value="BTOTDPT"/>	
c. Sarampión	<input type="text" value="BSARDIA1"/>	<input type="text" value="BSARMES1"/> / <input type="text" value="BSARANO1"/>	<input type="text" value="BSARDIA2"/>	<input type="text" value="BSARMES2"/>	<input type="text" value="BSARANO2"/>				<input type="text" value="BTOTSAR"/>	
c. BCG	<input type="text" value="BBCGDIA"/>	<input type="text" value="BBCGMES"/> / <input type="text" value="BBCGANO"/>							<input type="text" value="BTOTBCG"/>	

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

61. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

1. Si
2. No-----> **PASE AL TERCER NINO**
3. No se ha fijado-----> **SI LO HAY.** (Pag. 29)
4. Está muy chiquito----> **SI NO,**
9. No sabe/No recuerda--> **PASE A 601** (Pag. 41)

62. Qué problema

_____ (___)

_____ (___)

PASE AL TERCER NINO SI LO HAY. SI NO, PASE A 601 (Pag. 41)

NINO No. 3

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NINOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: **ORDNINOC**

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: **NINONVC**

(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

509. Ha padecido _____ (Nombre del tercer niño) de sarampión?

SAR509

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

63. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del Tercer niño) diarrea en los últimos 15 días?

DIAR63

1. Si
2. No -----> PASE A
9. No Sabe/No Recuerda -----> 510 (Pag. 32)

64. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.

1. Si -----> PASE A 67
2. No
9. No sabe/No recuerda

HOY64

65. Y ayer?

AYER65

1. Si -----> PASE A 67
2. No
9. No sabe/No recuerda

66. Y anteayer?

ANTE66

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

67. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

CUANT67

_____ 99 = No sabe/No recuerda

68. Era con sangre?

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

69. Tiene/tuvo?

		SI	NO
<input type="text" value="VOMIT69"/>	- Vómitos (Vasca)	1	2
<input type="text" value="FIEB69"/>	- Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

70. Usó algo para tratar esa diarrea?

1. Si
2. No -----> PASE A 73 (PAG. 31)

71. Que uso? (**LEA LAS OPCIONES**)

- Litrosol
1. Si
2. No
- Purgantes
1. Si
2. No
- Sobada
1. Si
- No
- Pastillas
1. Si _____ (_ _) _____ (_ _)
2. No _____ (_ _) _____ (_ _)
- Jarabes/
líquidos
1. Si _____ (_ _) _____ (_ _)
2. No _____ (_ _) _____ (_ _)
- Inyecciones
1. Si _____ (_ _)
2. No _____ (_ _)
- Plantas
medicinales
1. Si _____ (_ _) _____ (_ _)
2. No _____ (_ _) _____ (_ _)
- Otro
1. Si _____ (_ _)
2. No _____ (_ _)

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 73(Pag.31)

72. Donde consiguió el LITROSOL? **DONDE72**

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

73. A quien o quienes consulto durante esa diarrea? **(NO LEA OPCIONES)**

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA73	- Ella misma	1	2
PTE73	- Partera	1	2
GUARD73	- Guardián de Salud	1	2
CURAN73	- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
FARMA73	- Farmacia	1	2
PUEST73	- Puesto de venta de medicinas	1	2
PULP73	- Pulpería	1	2
FAMIL73	- Familiar/vecino	1	2
MSP73	- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
MEDIC73	- Hospital/clínica/médico privado	1	2
IHSS73	- Hospital/clínica del IHSS	1	2
CESAM73	- CESAMO	1	2
CESAR73	- CESAR	1	2
OTRO73	- Otro _____	1	2

74. ~~Dejó de darle el pecho a causa de esta diarrea?~~

DEJO74

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

75. ~~Le quitó algún alimento a causa de esta diarrea?~~

QUITO75

1. Si
2. No
3. No había introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

510. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

76. En los últimos 15 días, su niño _____
(Nombre del tercer niño) ha tenido tos, ha estado mal del pecho o ha tenido problemas en el oído?

TOS76

1. Si

2. No -----> **PASE A 511 (Pag. 33)**

77. Presentó alguno de los siguientes síntomas en últimos 15 días? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
RESP77 - Respiración más rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
TIRAJE77 - Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
ALET77 - Aleteo nasal (se movían las alitas de la nariz)	1	2	9
CIAN77 - Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
ESTR77 - Estridor (oguido u oguillo cuando el niño esta en reposo)	1	2	9
SIBIL77 - Sibilancia (chiflido)	1	2	9
HERV77 - Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
FIEB77 - Fiebre alta	1	2	9
NARIZ77 - Tapazón de nariz o catarro	1	2	9
TOS77 - Tos	1	2	9
GARG77 - Dolor de garganta	1	2	9
TRAG77 - Dificultad para tragar	1	2	9
OIDO77 - Dolor de oído	1	2	9
SUPUR77 - Supuración del oído (pus)	1	2	9

78. Durante esta gripe/tos ...? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
LIMP78 - Le limpió la nariz			
GOTAS78 - Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
BAJO78 - Le bajo la fiebre con paños húmedos	1	2	9
AGUA78 - Le dio más agua que de costumbre	1	2	9
ACEIT78 - Le dio aceites/purgantes	1	2	9
PAST78 - Le dio pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

79. Dejo de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

DEJO79

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

80. Le quite algún alimento a causa de esta gripe/tos?

QUITO80

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

81. A quien consulto para el tratamiento de esta gripe/tos?
(NO LEA LAS OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA81	- Ella misma	1	2
PRE81	- Partera	1	2
GUARD81	- Guardián de Salud	1	2
CURAN81	- Curandero/inyeccionista	1	2
FARMA81	- Farmacia	1	2
FAMIL81	- Familiar/vecino	1	2
PUEST81	- Puesto de venta de medicina	1	2
PULP81	- Pulpería/tienda	1	2
CESAM81	- CESAMO	1	2
CESAR81	- CESAR	1	2
MSP81	- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
IHSS81	- Hospital del IHSS	1	2
MEDIC81	- Medico/hospital/clínica privada	1	2
OTRO81	- Otro	1	2

VACUNACIONES

511. **SENORA:** AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.

82. Ha sido _____ vacunado alguna vez?

VACUN82

(Nombre del tercer niño)

1. Si
2. No ----- > PASE A
9. No sabe/No recuerda-> 85 (Pag. 34)

83. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

- CARN83**
1. Si/lo mostro
 2. Si/no lo mostro
 3. No tiene

84. Numero de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(TOTAL: se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS			Y FECHA DE ADMINISTRACIÓN			TOTAL
	1	2	3	1	2	3	
a. Polio	CPOLDIA1 / CPOLMES1 / CPOLANO1	CPOLDIA2 / CPOLMES2 / CPOLANO2	CPOLDIA3 / CPOLMES3 / CPOLANO3	CPOLDIA1	CPOLDIA2	CPOLDIA3	CTOTPOL
b. DTP	CDPTDIA1 / CDPTMES1 / CDPTANO1	CDPTDIA2 / CDPTMES2 / CDPTANO2	CDPTDIA3 / CDPTMES3 / CDPTANO3	CDPTDIA1	CDPTDIA2	CDPTDIA3	CTOTDPT
c. Sarampión	CSARDIA1 / CSARMES1 / CSARANO1	CSARDIA2 / CSARMES2 / CSARANO2		CSARDIA1	CSARDIA2		CTOTSAR
c. BCG	CBCGDIA / CBCGMES / CBCGANO			CBCGDIA			CTOTBCG

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

85. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

LIMIT85

1. Si
2. No -----> **PASE AL CUARTO NINO SI HAY.**
3. No se ha fijado-----> **SI LO HAY.**
4. Esta muy chiquito---> **SI NO,**
9. No sabe/No recuerda-> **PASE A 601. (Pag. 41)**

86. Qué problema?

PROB86A _____ (____)

PROB86B _____ (____)

PASE AL CUARTO NIÑO SI LO HAY. SI NO PASE A 601. (Pag. 41)

Niño No. 4

NUMERO DE ORDEN EN EL CUADRO DE NINOS DEL CUESTIONARIO DE VIVIENDA: **ORDNINOD**

NUMERO DE ORDEN DEL NACIDO VIVO: **NINONVD**

(Según pregunta 218. Anote 0 si el hijo no es biológico)

Vamos a conversar ahora acerca de algunas enfermedades comunes que le ocurren a los niños.

SARAMPION Y ENFERMEDADES DIARREICAS

512. Ha padecido _____ (Nombre del **cuarto niño**) de sarampión?

SAR512

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

1. Tiene o ha tenido _____ (Nombre del **cuarto niño**) diarrea en los últimos 15 días?

DIAR1

1. Si
2. No -----> **PASE A**
9. No Sabe/No Recuerda-----> **513** (Pag. 38)

2. Ahora queremos saber si el niño tuvo diarrea hoy.

HOY2

1. Si -----> **PASE A 5**
2. No
9. No sabe/No recuerda

3. Y ayer? **AYER3**

1. Si -----> **PASE A 5**
2. No
9. No sabe/No recuerda

4. Y anteayer? **ANTE66**

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

5. Por cuantos días ha tenido/tuvo diarrea?

CUANT67

_____ 99 = No sabe/No recuerda

6. Era con sangre?

SANG6

1. Si
2. No
9. No sabe/No recuerda

7. Tiene/tuvo?

		SI	NO
VOMIT7 -	Vómitos (Vasca)	1	2
FIEB7 -	Fiebre alta (>38.5 C)	1	2

8. Usó algo para tratar esa diarrea?

TRATO8

1. Si
2. No -----> **PASE A 11 (Pag.37)**

9. Que uso? (**LEA LAS OPCIONES**)

- | | | | | | |
|--|-------|------------------|---------|------------------|---------|
| - LITRO9 Litrosol | 1. Si | | | | |
| | 2. No | | | | |
| - PURG9 Purgantes | 1. Si | | | | |
| | 2. No | | | | |
| - SOBAD9 Sobada | 1. Si | | | | |
| | 2. No | | | | |
| - PAST9 Pastillas | 1. Si | P9A _____ | (_ _) | P9C _____ | (_ _) |
| | 2. No | P9B _____ | (_ _) | P9D _____ | (_ _) |
| - JARAB9 Jarabes/
líquidos | 1. Si | J9A _____ | (_ _) | J9C _____ | (_ _) |
| | 2. No | J9B _____ | (_ _) | J9D _____ | (_ _) |
| - INyec9 Inyeccio-
nes | 1. Si | I9A _____ | (_ _) | | |
| | 2. No | I9B _____ | (_ _) | | |
| - HIERB9 Plantas
medicinales | 1. Si | H9A _____ | (_ _) | H9C _____ | (_ _) |
| | 2. No | H9B _____ | (_ _) | H9D _____ | (_ _) |
| - OTRO9 Otro | 1. Si | O9A _____ | (_ _) | | |
| | 2. No | O9B _____ | (_ _) | | |

ENCUESTADORA: SI USO LITROSOL CONTINUE. SI NO, PASE A 11(Pag.37)

10. Donde consiguió el LITROSOL?

DONDE10

1. Distribuidor comunitario
2. Centro de salud/hospital del estado
3. Farmacia/pulpería/puesto de venta de medicina
4. Durante la campaña de vacunación
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

11. A quien o quienes consulto durante esa diarrea? **(NO LEA OPCIONES)**

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA11	- Ella misma	1	2
PTE11	- Partera	1	2
GUARD11	- Guardián de Salud	1	2
CURAN11	- Curandero/inyeccionista/sobadora	1	2
FARMA11	- Farmacia	1	2
PUEST11	- Puesto de venta de medicinas	1	2
PULP11	- Pulpería	1	2
FAMIL11	- Familiar/vecino	1	2
MSP11	- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
MEDIC11	- Hospital/clínica/médico privado	1	2
IHSS11	- Hospital/clínica del IHSS	1	2
CESAM11	- CESAMO	1	2
CESAR11	- CESAR	1	2
OTRO11	- Otro _____	1	2

12. Dejo de darle el pecho a causa de esta diarrea?

DEJO12

1. Si
2. No
3. Ya había destetado

13 . Le quito algún alimento a causa de esta diarrea?

1. Si **QUITO13**
2. No
3. No había introducido otro alimento

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

513. Ahora hablaremos sobre las enfermedades respiratorias de los niños

14 . En los Últimos 15 días, su niño _____
(Nombre cuarto niño) ha tenido tos, ha estado mal del
 pecho o ha tenido problemas en el oído?

1. TOS Si
2. No ----- > **PASE A 514 (Pag. 39)**

15 . Presento alguno de los siguientes síntomas en los
 últimos 15 días? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
RESP15 - Respiración más rápida que lo normal (cansado)	1	2	9
TIRAJ15 - Tiraje (se le hundía el pecho al respirar)	1	2	9
ALET15 - Aleteo nasal (se movian las alitas de la nariz)	1	2	9
CIAN15 - Cianosis (color morado de dedos y labios)	1	2	9
ESTR15 - Estridor (oguido u oguillo cuando el niño está en reposo)	1	2	9
SIBIL15 - Sibilancia (chiflido)	1	2	9
HERV15 - Hervor de pecho (ruido)	1	2	9
FIEB15 - Fiebre alta	1	2	9
NARIZ15 - TapazOn de nariz O catarro	1	2	9
TOS15 - Tos	1	2	9
GARG15 - Dolor de garganta	1	2	9
TRAG15 - Dificultad para tragar	1	2	9
OIDO15 - Dolor de oído	1	2	9
SUPUR15 - Supuración del oído (pus)	1	2	9

16 . Durante esta gripe/tos ...? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
LIMP16 - Le limpió la nariz	1	2	9
GOTAS16 - Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz	1	2	9
BAJO16 - Le bajo la fiebre con paños húmedos	1	2	9
AGUA16 - Le dio más agua que de costumbre	1	2	9
ACEIT16 - Le dio aceites/purgantes	1	2	9
PAST16 - Le dio pastillas, jarabes, inyecciones	1	2	9

17 . Dejo de darle el pecho a causa de esta gripe/tos?

DEJO17

1. Si
2. No
3. Ya lo había destetado

18. Le quito algún alimento a causa de esta gripe/tos?

QUITO18

1. Si
2. No
3. No le había introducido otro alimento.

19. A quien consulto para el tratamiento de esta gripe/tos?

(NO LEA LAS OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO
ELLA19	- Ella misma	1	2
PTE19	- Partera	1	2
GUARD19	- Guardián de Salud	1	2
CURAN19	- Curandero/inyeccionista	1	2
FARMA19	- Farmacia	1	2
FAMIL19	- Familiar/vecino	1	2
PUEST19	- Puesto de venta de medicina	1	2
PULP19	- Pulpería/tienda	1	2
CESAM19	- CESAMO	1	2
CESAR19	- CESAR	1	2
MSP19	- Hospital del Ministerio de Salud	1	2
IHSS19	- Hospital del IHSS	1	2
MEDIC19	- Medico/hospital/clínica privada	1	2
OTRO19	- Otro	1	2

VACUNACIONES

514. **SENORA: AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE LAS VACUNAS DE SU HIJO.**

20. Ha sido _____ vacunado alguna vez?

(Nombre del cuarto niño)

VACUN20

1. Si
2. No -----> **PASE A**
9. No sabe/No recuerda -----> **23 (Pag. 40)**

21. Me podría mostrar el carnet de vacunación?

CARN21

1. Si/lo mostro
2. Si/no lo mostro
3. No tiene

22. Numero de dosis de cada vacuna y fechas de administración.

(**TOTAL:** se refiere al total de dosis administradas que aparecen en el carnet. Si no tiene el carnet, pregunte solo el total de dosis de cada vacuna).

VACUNAS	No. DE DOSIS			Y FECHA DE ADMINISTRACIÓN						TOTAL			
	1	2	3	1	2	3	4	5	6				
a. Polio	DPOLDIA1 / DPOLMES1 / DPOLANO1	DPOLDIA2 / DPOLMES2 / DPOLANO2	DPOLDIA3 / DPOLMES3 / DPOLANO3	DPOLDIA1	DPOLDIA2	DPOLDIA3	DPOLMES1	DPOLMES2	DPOLMES3	DPOLANO1	DPOLANO2	DPOLANO3	DTOTPOL
b. DTP	DDPTDIA1 / DDPTMES1 / DDPTANO1	DDPTDIA2 / DDPTMES2 / DDPTANO2	DDPTDIA3 / DDPTMES3 / DDPTANO3	DDPTDIA1	DDPTDIA2	DDPTDIA3	DDPTMES1	DDPTMES2	DDPTMES3	DDPTANO1	DDPTANO2	DDPTANO3	DTOTDPT
c. Sarampión	DSARDIA1 / DSARMES1 / DSARANO1	DSARDIA2 / DSARMES2 / DSARANO2		DSARDIA1	DSARDIA2		DSARMES1	DSARMES2		DSARANO1	DSARANO2		DTOTSAR
d. BCG	DBCGDIA / DBCGMES / DBCGRANO			DBCGDIA			DBCGMES			DBCGRANO			DTOTBCG

8 = 8 o más

9 = No sabe/No recuerda

23. Tiene este niño alguna limitación o problema que no le permita jugar, comer, bañarse o usar el servicio sanitario de la misma manera que lo hacen los demás niños?

LIMIT23

1. Si
2. No ----- **PASE**
3. No se ha fijado -----
4. Está muy chiquito----- **A**
9. No sabe/No recuerda---- **601** (Pag 41)

24. Qué problema?

PROB24A _____ (__ __)

PROB24B _____ (__ __)

PASE A 601 (Pag. 41)

607. Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener (más hijos)? TENER607

1. Tener uno (otro) hijo
2. No tener otro hijo
9. No sabe/No recuerda

608. En su opinión, cuántos hijos debe tener una familia ideal?

IDEAL608

_____ hijos 77 = Los que dios mande

99 = No sabe/No recuerda

609. Cuanto tiempo cree usted que es apropiado para esperar entre tener un hijo y otro?

ANOS609

MESES609

_____ Años _____ Meses

77 - 77 = Lo que pase

99 - 99 = No sabe

	RETIR701			
Retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar, escupir afuera.)	1 Si	3 Si	5 Si	
	2 No	4 No	6 No	
Otro OTRO701 _____	1 Si	3 Si	5 Si	
	2 No	4 No	6 No	

ENCUESTADORA: CLASIFIQUE A LA ENTREVISTADA EN BASE A LAS RESPUESTAS SOBRE EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Si la mujer nunca ha usado un método, clasifique **"nunca usó"**

Si ella ha usado un método, pero actualmente no usa ninguno, clasifíquela **"usuaria anterior"**.

Si ella usa actualmente un método, clasifíquela **"usuaria actual"**.

704. Su clasificación:

- CLAS704**
1. Nunca use -----> **PASE A 801** (Pag. 49)
 2. Usuaria anterior -----> **PASE A 712** (Pag. 47)
 3. Usuaria actual -----> Continúe si usa la pastilla.
Si usa otro método, pase a 708.
(Pag. 45)

AHORA ME GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA PASTILLA QUE ESTA USANDO: ENSEÑEME POR FAVOR EL CICLO (PAQUETE DE PASTILLAS) QUE ESTA TOMANDO.

ENCUESTADORA: CUENTE Y ANOTE EL NUMERO TOTAL DE ESPACIOS DEL PAQUETE (CON Y SIN LA PASTILLA). ENCIERRE CON CIRCULO EL CODIGO CORRECTO.

705. Tipo de paquete

- PAQ705**
1. 21 espacios (días)
 2. 28 espacios (días)
 3. No pudo enseñar el paquete
 8. Otro _____

706. Después de terminar su último paquete de pastillas, cuando empezó este paquete? **EMPEZ706**

1. Un día después que terminó la menstruación
2. Cinco días después que empezó la menstruación
3. Un día después que terminó el primer paquete
4. Siete días después de terminar el último paquete
5. Es el primer paquete
8. Otro_____
9. No sabe/No recuerda

707. Que debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla?

OLVID707

1. Tomar dos pastillas el día siguiente
2. Usar otro método hasta iniciar el nuevo ciclo
3. Esperar la menstruación y seguir el use con ciclo nuevo
8. Otro_____
9. No sabe/No recuerda

708. Donde consiguió usted (o su compañero) el (la) _____
(método)? **DONDE708**

00. No corresponde (usa/uso ritmo, retiro, etc)-> **PASE A**
INSTRUCCIONES ANTES
DE 710 (Pag. 46)

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del IHSS
3. Hospital/clínica/médico privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Partera
7. Farmacia
8. Puesto de venta de medicinas
9. Pulpería
10. Clínica de ASHONPLAFA
11. Distribuidora comunitaria o puesto de planificación familiar (ASHONPLAFA)
98. Otro_____
99. No sabe/No recuerda

709. A donde le resultaría (o le hubiera resultado en el caso de ser esterilizada) más cómodo conseguir/hacerse el (la) _____ (método) **RESUL709**

1. Servicio de salud/ASHONPLAFA/IHSS
2. Farmacia/puesto de venta de medicina
3. Pulpería/tienda/supermercado
4. En su domicilio
5. Personal comunitario
8. Otro _____

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI LA ENTREVISTADA ES USUARIA ANTERIOR DE UNO O MAS METODOS DIFERENTES AL ACTUAL. SI ES ASI, CONTINUE. SI NO. PASE A 714. (Pag. 47) **FILT709**

710. Cual fue el método que use antes de _____ (actual)?

ANTES710

1. Pastilla
2. DIU (anillo, dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
6. Ritmo
7. Retiro
8. Otro
9. No sabe/No recuerda

711. Durante cuantos meses lo use sin interrupción?

MESES711

Meses 999 = No recuerda
 888 = Uso esporádico

ENCUESTADORA: Pase a 713 (Pag. 47)

712. Cual fue el ultimo método que uso?

ULTIM712

1. Pastilla
2. DIU (anillo, dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
6. Ritmo
7. Retiro
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

713. Cual fue la razón principal de haberlo dejado?

PQ713

1. Fallo el método
2. Preocupación de salud
3. Sintió efectos colaterales
4. Costo muy alto
5. Inconveniente de usar
6. Lugar de obtención inconveniente
7. Deseaba cambiar método
8. Sexo infrecuente
9. Oposición del marido/compañero
10. Deseaba embarazarse
11. 88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

714. Cuantos hijos tenía cuando empezó a usar algún método para no embarazarse?

HIJOS714

_____ hijos (00 = No tenía hijos cuando empezó)

715. Cual método recomendaría Usted a las mujeres que nunca han usado algún método?

METHOD715

1. Pastilla
2. DIU (anillo, dispositivo)
3. Esterilización femenina
4. Esterilización masculina (vasectomía)
5. Condón
6. Inyección
7. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
8. Ritmo
9. Retiro
77. No recomendaría
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

ENCUESTADORA: VERIFIQUE SI LA ENTREVISTADA HA OIDO HABLAR DE LAS PASTILLAS (VER 701). SI HA OIDO, CONTINUE. SI NO, PASE A INSTRUCCIONES ANTES DE 717.

716. Si Usted tuviera que recomendar una marca de pastillas a una amiga, cual o cuales marcas recomendaría? (NO LEA LAS OPCIONES)

	MENCIONO	NO MENCIONO
NOCON716 - No conoce marca	1	2
NORD716 - Nordette	1	2
MICRO716 - Microgynon	1	2
PERLA716 - Perla	1	2
LOFEM716 - Lofemenal	1	2
TRIQ716 - Triquilar	1	2
NEOGY716 - Neogynon	1	2
NORMI716 - Norminest	1	2
EUGYN716 - Eugynon	1	2
OVRAL716 - Ovral	1	2
NORID716 - Noriday	1	2
OTRO716 - Otro	1	2
NING716 - Ninguna	1	2

ENCUESTADORA: VERIFIQUE QUE LA ENCUESTADA HA OIDO HABLAR DEL CONDON (VER 701). SI HA OIDO, CONTINUE. SI NO, PASE A INSTRUCCIONES ANTES DE 801.

717. Si Ud. tuviera que recomendar una marca de condón a una amiga, cual o cuales recomendaría? Mencione todas las marcas que Ud. recomendaría (NO LEA LAS OPCIONES).

	MENCIONO	NO MENCIONO
NOCON717 - No conoce marca	1	2
SULT717 - Sultan	1	2
RR717 - Rough Rider	1	2
GUARD717 - Guardian	1	2
STIM717 - Stimula	1	2
PRIME717 - Prime	1	2
INNOT717 - Innotex	1	2
OTRO717 - Otro	1	2
NING717 - Ninguna	1	2

DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ENTREVISTADORA: SI LA ENTREVISTADA ES USUARIA ANTERIOR O NUNCA USO (VER 704), CONTINUE.

SI LA ENTREVISTADA ES USUARIA ACTUAL Y NO ESTA ESTERILIZADA, PASE A 901. (Pag. 51)

SI LA ENTREVISTADA ESTA ESTERILIZADA, PASE A 905. (Pag. 52)

SI SU MARIDO/COMPANERO ESTA ESTERILIZADO (VER 703), PASE A 1001. (Pag. 53)

801. Si usted quisiera, podría quedar embarazada? PODR801

1. Actualmente embarazada -----> **PASE A 804 (Pag. 50)**
(VERIFIQUE CON 603)
2. Podría quedar embarazada----> **PASE A 803**
3. No podría
9. No sabe

802. Par que no podría quedar embarazada?

- PQN802
1. Menopausia ----- **PASE**
 2. Histerectomía (le quitaron la matriz)----- **A**
 3. Hace 3 o más años que no usa un método---- **1001 (Pag.53)**
y no queda embarazada -----
 4. No tiene vida sexual -----
 5. Está actualmente amamantando o post-parto **PASE A**
(después del parto)----- **804 (Pag.50)**
 8. Otro _____

803. Porque no usa un método anticonceptivo?

- PQ803
1. No sabe mucho de anticoncepción
 2. Es virgen (**VERIFIQUE CON 601**)/no tiene relaciones sexuales/sexo infrecuente
 3. Desea embarazarse
 4. No se consigue fácilmente
 5. Muy caro
 6. Traen efectos colaterales/problemas de salud
 7. Razones religiosas/morales
 8. Recomendación medica
 9. Marido no le gusta
 10. Disminuye satisfacción
 11. Tiene miedo de los métodos
 88. Otro _____
 99. No sabe

804. Piensa usted usar en el futuro un método para evitar el embarazo? **EVIT804**

1. Si
2. No ----- **PASE A**
9. No sabe ----- **901(Pag. 51)**

805. Que método preferiría usar?

CUAL805

1. Pastilla
2. DIU (anillo, dispositivo)
3. Esterilización femenina -----> **PASE A 902 (Pag.51)**
4. Esterilización masculina (vasectomía)
5. Condón
6. Inyección
7. Espuma/crema/jalea/tabletas/óvulos
8. Ritmo -----> **PASE A**
9. Retiro -----> **901(Pag.51)**
88. Otro _____> **CONTINUE**
99. No sabe -----> **PASE A 901 (Pag.51)**

806. A donde iría usted para obtener (hacerse) el método?

DONDE806

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del Seguro Social
3. Hospital/clínica/médico privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Partera
7. Farmacia
8. Puesto de venta de medicinas
9. Pulpería
10. Clínica de ASHONPLAFA
11. Distribuidora comunitaria o puesto de planificación familiar (ASHONPLAFA)
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

INTERES EN ESTERILIZACION

901. Tendría usted ahora o en el futuro interés en la operación para no tener más hijos?

INTER901

1. Si
2. No -----PASE A 904
9. No sabe -----PASE A 1001 (Pag. 53)

902. A qué lugar iría usted para obtener información sobre la operación?

INFO902

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del Seguro Social
3. Hospital/clínica/medico privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Clínica de ASHONPLAFA
7. Distribuidora comunitaria (ASHONPLAFA)
8. Otro _____
9. No sabe

903. A qué edad le gustaría esterilizarse?

EDAD903

_____ años 98 = enseguida 99 = No sabe

ENCUESTADORA: PASE A 1001 (Pag. 53)

904. Por qué no está interesada en la operación?

PQ904

1. Tiene miedo
2. Por razones religiosas
3. Produce daños a la salud
4. No la necesita
5. No tiene vida sexual
6. Desea tener más hijos
7. Prefiere usar otro método
8. No está de acuerdo
9. Falta de información
10. Puede arrepentirse después
11. Oposición del marido
12. Por su edad
88. Otro _____
99. No sabe/No recuerda

ENTREVISTADORA: PASE A 1001 (Pag. 53)

905. Cual fue la razón principal por la cual usted decidió operarse? **RAZON905**

1. Salud
2. Recomendación medica
3. Razones económicas
4. Efectos colaterales de otros anticonceptivos
5. Falla de otros métodos anticonceptivos
6. Efecto adverso del último embarazo/parto
7. No deseaba más hijos
8. Otro _____
9. No sabe/No recuerda

906. Desde que se hizo la operación (esterilización), se ha arrepentido de haberse operado?

ARRE906

1. Arrepentida
2. No arrepentida ----- > **PASE A 908**

907. Por qué?

PQ907

1. Desea tener más hijos
2. Problemas de salud posteriores
3. Religión/sentido de culpabilidad
4. Cónyuge no contento
8. Otro
9. No sabe

908. La presiono alguien para que se operara?

PRES908

1. Si
2. No ----- > **PASE A 1001 (Pag. 53)**

909. Quien?

QUIEN909

1. Medico
2. Enfermera
3. Trabajador de Planificación Familiar
4. Marido
5. Amigo (a)
8. Otro _____

COMUNICACION

1001. Ha oído o ha leído algún mensaje público sobre la planificación familiar durante el último mes?

MENS1001

1. Si
 2. No----- PASE A 1101 (Pag. 54)

1002. Donde leyó o escucho el mensaje? (NO LEA LAS OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO
RAD1002 -	Radio	1	2
TV1002 -	Televisión	1	2
PER1002 -	Periódico	1	2
AFIC1002 -	Afiche/rotulo	1	2
VALL1002 -	Valla publicitaria	1	2
PERS1002 -	Personal de salud	1	2
CONS1002 -	Consejo de amiga/familiar	1	2
OTRO1002 -	Otro _____	1	2

CONOCIMIENTO DEL SIDA

1101. Ha oído hablar del SIDA?

SIDA1101

1. Si
2. No ----- **PASE A 1104 (Pag. 55)**

1102. Como piensa Usted que se pasa o contagia el SIDA? (**LEA LAS OPCIONES**)

	SI	NO	NS/NR
HYM1102 - Relaciones sexuales entre un hombre y una mujer	1	2	9
HYH1102 - Relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones con otros hombres	1	2	9
PROS1102 - Relaciones sexuales con prostitutas	1	2	9
MUJ1102 - Relaciones sexuales con hombres promiscuos o sea mujeriegos	1	2	9
SS1102 - A través de los servicios sanitarios	1	2	9
BESO1102 - Besándose	1	2	9
MANO1102 - Dándose la mano	1	2	9
TRAN1102 - Transfusiones de sangre	1	2	9
INY1102 - Inyecciones	1	2	9
MAD1102 - De la madre infectada al niño	1	2	9
OTRO1102 - Otro _____	1	2	9

1103. Como se puede evitar el SIDA? (NO LEA LAS OPCIONES)

		MENCIONO	NO MENCIONO
SEXO1103 -	No tener relaciones sexuales	1	2
COND1103 -	Usar condones	1	2
SOLO1103 -	Tener un solo compañero	1	2
PROS1103 -	No salir con prostitutas	1	2
MUJ1103 -	No tener relaciones con hombres mujeriegos	1	2
ANO1103 -	No tener relaciones por el ano	1	2
HYH1103 -	No tener relaciones sexuales con hombres que tienen relaciones con otros hombres	1	2
DES1103 -	No tener relaciones sexuales con desconocidos	1	2
OTRO1103 -	Otro _____	1	2

1104. Cuál es su religión?

RELIG110

1. Católica
2. Protestante
3. No tiene ----- > **TERMINE LA ENTREVISTA**
8. Otra _____

1105. Usted cómo se considera? (LEA LAS OPCIONES)

COMO1105

1. Muy religiosa
2. Religiosa
3. Poco religiosa
4. Nada religiosa

AGRADEZCALE A LA ENTREVISTADA POR SU COLABORACION Y. TERMINE LA ENTREVISTA.

FIN