

No. DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_

No. DE SECTOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ENCUESTADORA  
\_\_\_\_\_

CUESTIONARIO  
INDIVIDUAL

**ENCUESTA  
NACIONAL DE  
EPIDEMIOLOGIA  
Y  
SALUD  
FAMILIAR  
1996**

ASOCIACION  
HONDUREÑA  
DE PLANIFICACION  
DE FAMILIA

MINISTERIO DE  
SALUD PUBLICA

ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD FAMILIAR  
HONDURAS, 1996

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

I. IDENTIFICACION

- 100. NUMERO DEL CUESTIONARIO:       \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
- 101. NUMERO DE SECTOR:           \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_
- 102. NUMERO DE VIVIENDA:         \_\_\_ \_\_\_
- NOMBRE DE LA MEF SELECCIONADA:   \_\_\_\_\_
- 103. NUMERO DE LINEA DE LA MEF SELECCIONADA EN EL CUESTIONARIO DE VIVIENDA (VEA PREGUNTA 25):    \_\_\_

=====

II. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

- 104. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?   \_\_\_ \_\_\_
- 105. ¿En qué fecha nació usted?

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_  
Día       Mes       Año

SUME EDAD EN 104 Y AÑO EN 105 Y ANOTE EL TOTAL:   \_\_\_ \_\_\_

SI LA MUJER YA CUMPLIO AÑOS EN ESTE AÑO EL TOTAL TIENE QUE SER 96  
SI LA MUJER TODAVIA NO HA CUMPLIDO AÑOS EL TOTAL TIENE QUE SER 95

SI LA EDAD DE LA ENTREVISTADA NO ESTA ENTRE 15 Y 49 AÑOS TERMINE LA ENTREVISTA Y SELECCIONE OTRA MUJER.

- 106. ¿Cuál fue el grado o año más alto que usted aprobó en la escuela, colegio o universidad? (ENCIERRE CON UN CIRCULO LOS CÓDIGOS DEL ULTIMO GRADO).

|    |                      |   |   |   |   |   |   |         |
|----|----------------------|---|---|---|---|---|---|---------|
| 0. | Ninguno              | 0 |   |   |   |   |   |         |
| 1. | Primaria             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |         |
| 2. | Secundaria           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |         |
| 3. | Universidad/superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 ó más |
| 4. | Alfabetización       | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |         |

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

- 1. Si \_\_\_\_\_ ► CONTINUE
- 2. No \_\_\_\_\_ ► PASE A 109

108. ¿Este trabajo lo realiza... (LEER)

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

109. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Casada
  2. Unida/unión libre
  3. Divorciada
  4. Separada
  5. Viuda
  6. Soltera
- 
- PASE A 112

110. ¿Cuántos años cumplidos tiene su marido (pareja)? — —  
98 = No sabe

111. ¿Cuál fue el grado o año más alto que su marido aprobó en la escuela, colegio o universidad?

- |     |                      |   |   |   |   |   |   |   |       |
|-----|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 0.  | Ninguno              | 0 |   |   |   |   |   |   |       |
| 1.  | Primaria             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |       |
| 2.  | Secundaria           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |       |
| 3.  | Universidad/superior | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ó más |
| 4.  | Alfabetización       | 1 | 2 | 3 | 4 |   |   |   |       |
| 98. | NS/NR                |   |   |   |   |   |   |   |       |

112. ¿Cuántas veces ha estado casada ó unida a alguien compartiendo un techo (incluyendo la actual)?

\_\_\_\_\_ → CONTINUE

0 = ninguna → PASE A 115

113. ¿En qué fecha se unió/se juntó por primera vez?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

98 = No sabe/no recuerda

114. ¿Cuántos años cumplidos tenía? \_\_\_\_\_

115. ¿A usted alguna vez le han aplicado alguna vacuna contra el tétano en el brazo?

1. Si → CONTINUE
2. No → PASE A 119
9. No sabe → PASE A 119

116. ¿Cuántas veces le han vacunado contra tétano?

\_\_\_\_\_

98 = No recuerda

117. ¿Me podría decir si le dieron carnet cuando la vacunaron contra el tétano; podría mostrarmelo?

- 1. Si y lo mostró \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
- 2. Si y no lo mostró \_\_\_\_\_ ▶ PASE 119
- 3. No le dieron \_\_\_\_\_ ▶ PASE 119

118. ENCUESTADORA: ESCRIBA EL NUMERO TOTAL DE DOSIS QUE ESTA ANOTADO EN EL CARNET: \_\_\_\_\_

Y EL MES Y AÑO DE LA ULTIMA DOSIS:

Mes \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_

119. ¿Usted se ha hecho alguna vez en su vida una citología vaginal o prueba de detectora del cáncer?

- 1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
- 2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 122
- 9. No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 122

120. ¿Hace cuántos años (cumplidos) se la hizo por última vez?

\_\_\_\_\_ años  
00 = sí fue en el último año

121. ¿Le dieron el resultado?

- 1. Si
- 2. No
- 9. No recuerda

122. Si a usted o a un familiar le diera el cólera ¿haría uso del litrosol para tratarse?

- 1. No conoce el litrosol \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 125
- 2. Si \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 124
- 3. No \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
- 9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 124

123. ¿Porqué no? (NO LEER)

|                                | MENCIONO | NO MENCIONO |
|--------------------------------|----------|-------------|
| 1. Este solo es para niños     | 1        | 2           |
| 2. No cura esa enfermedad      | 1        | 2           |
| 3. Es difícil obtenerlo        | 1        | 2           |
| 4. Es caro                     | 1        | 2           |
| 5. Prefiere otros medicamentos | 1        | 2           |
| 8. Otro _____                  | 1        | 2           |

124. ¿Qué haría para prevenir enfermarse del cólera? (NO LEER)

|   | MENCIONO | NO MENCIONO |
|---|----------|-------------|
| 1. Lavarse las manos antes de comer         | 1        | 2           |
| 2. Lavarse las manos después de defecar     | 1        | 2           |
| 3. Tomar agua hervida                       | 1        | 2           |
| 4. Tomar agua clorada                       | 1        | 2           |
| 5. Lavar las verduras/frutas                | 1        | 2           |
| 6. Comer alimentos bien cocidos y calientes | 1        | 2           |
| 7. Asear los solares                        | 1        | 2           |
| 8. Eliminar la basura                       | 1        | 2           |
| 9. Lavar los utensilios de cocina           | 1        | 2           |
| 10. Asear los servicios sanitarios          | 1        | 2           |
| 11. Tener buena higiene en general          | 1        | 2           |
| 88. Otro _____                              | 1        | 2           |
| Especifique                                 |          |             |

125. ¿Cuál es su religión?

- |                |        |            |
|----------------|--------|------------|
| 1. Católica    | _____▶ | CONTINUE   |
| 2. Protestante | _____▶ | CONTINUE   |
| 3. No tiene    | _____▶ | PASE A 200 |
| 4. Otra _____  | _____▶ | CONTINUE   |
| Especifique    |        |            |

126. ¿Usted como se considera? (LEER LAS OPCIONES)

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

## II. FECUNDIDAD Y MORTALIDAD

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

200. ¿Ha estado alguna vez embarazada?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1000

201. ¿Ha tenido algún hijo que nació vivo?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 300

202. ¿Cuántos de sus hijos varones o mujeres viven con usted en esta casa?

- a. Varones     \_\_\_\_\_
- b. Mujeres     \_\_\_\_\_
- c. Total        \_\_\_\_\_

203. ¿Cuántos de sus hijos varones o mujeres viven en otra parte?

- a. Varones     \_\_\_\_\_
- b. Mujeres     \_\_\_\_\_
- c. Total        \_\_\_\_\_

204. ¿Ha tenido algún niño que nació vivo y murió después (incluyendo algún hijo(a) que nació vivo(a) y murió solo minutos u horas después)?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 206

205. ¿Cuántos de sus hijos que nacieron vivos se le murieron después?

- a. Varones     \_\_\_\_\_
- b. Mujeres     \_\_\_\_\_
- c. Total        \_\_\_\_\_

206. ENCUESTADORA: CALCULE EL TOTAL DE: 202c.     \_\_\_\_\_

203c.     \_\_\_\_\_

205c.     \_\_\_\_\_

TOTAL     \_\_\_\_\_

207. Entonces, para corroborar, ¿usted ha tenido \_\_\_\_\_ hijos/hijas nacidos vivos en total? (SI DICE "NO", REGRESE A LAS PREGUNTAS 202, 203 Y 205 PARA AVERIGUAR DONDE ESTA EL PROBLEMA).

Ahora, me gustaría anotar todos sus hijos(as) nacidos vivos, no importa si aún viven o no, empezando con el último que tuvo. (REGISTRE LOS NOMBRES DE TODOS LOS NACIDOS VIVOS EN 208).





| 211                       | 212   | 213  | 214                                 | 215                                 |
|---------------------------|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Está (nombre)<br>vivo(a)? | <b>SI ESTA<br/>VIVO(A)</b><br>¿Cuántos<br>años tiene?<br><b>ESCRIBA LA<br/>EDAD EN AÑOS<br/>CUMPLIDOS</b> | <b>SI HA MUERTO ¿Cuál<br/>era la edad de (nombre)<br/>cuando murió? ESCRIBA<br/>DÍAS SI FUE MENOS DE<br/>UN MES, MESES SI FUE<br/>MENOS DE DOS AÑOS, O<br/>AÑOS SI FUE MAS</b> | Fecha en<br>que murió<br>98 = NS/NR | ¿Registró<br>ó asentó<br>la muerte? |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                        |          |      |       |
|------------------------------|------------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad          | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>otro</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                        | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                        |          | Mes  |       |
|                              |                        |          | Año  |       |

---

|                              |                       |          |      |       |
|------------------------------|-----------------------|----------|------|-------|
| 1.Si --> <b>CONT.</b>        | _____<br>Edad         | 1. Días  |      | 1. Si |
| 2.No --> <b>PASE<br/>213</b> | <b>Pase a<br/>300</b> | 2. Meses | ____ | 2. No |
|                              |                       | 3. Años  | ____ |       |
|                              |                       |          | Mes  |       |
|                              |                       |          | Año  |       |

---

CUANDO HAYA REGISTRADO TODOS LOS NACIMIENTOS PASE A PREGUNTA 300

### III. CUIDADO PRENATAL Y ATENCION DEL PARTO

300. ¿Ha tenido un embarazo en que el niño nació muerto después de completar su sexto mes de embarazo?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 303

301. ¿Cuántos de sus embarazos terminaron en hijos que nacieron muertos?

Nacidos muertos    \_ \_

302. ¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto?

Mes    \_ \_  
Año    \_ \_

303. ENCUESTADORA: ANOTE EL MES Y AÑO DEL ULTIMO NACIDO VIVO (VEA 209). TAMBIEN, ANOTE EL NOMBRE DEL ULTIMO NACIDO VIVO (VEA 208). SI NO HA TENIDO UN NACIDO VIVO, ANOTE 00.

Mes    \_ \_  
Año    \_ \_                      Nombre \_\_\_\_\_

304. ENCUESTADORA: REVISE 302 Y 303 Y DETERMINE CUAL ES EL MAS RECIENTE.

1. Nacido muerto (302)                      \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. Nacido vivo (303)                      \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
3. No hay nacidos vivos ni muertos \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1000

305. ENCUESTADORA: ANOTE LA FECHA MAS RECIENTE (302 O 303).

Mes    \_ \_  
Año    \_ \_

306. ENCUESTADORA: ¿LA FECHA (ANOTADO EN 305) ES ANTES DE ENERO DE 1991 O A PARTIR DE ENERO DE 1991?

1. Antes de enero de 1991                      \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1000
2. A partir de enero de 1991                      \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE

ENCUESTADORA: REVISE 304.

--SI LA RESPUESTA ES "1" DIGALE A LA ENTREVISTADA QUE VAMOS A HABLAR DEL ULTIMO NACIDO MUERTO.

--SI LA RESPUESTA ES "2" DIGALE A LA ENTREVISTADA QUE VAMOS A HABLAR DEL ULTIMO NACIDO VIVO--VEA EL NOMBRE EN 303.

### III. A. CUIDADO PRENATAL

307. ¿Fue a consulta o control prenatal durante el embarazo de \_\_\_\_\_?  
(Nombre)

1. Si \_\_\_\_\_► PASE A 309
2. No \_\_\_\_\_► CONTINUE
3. NS/NR \_\_\_\_\_► PASE A 313

308. ¿Por qué usted no fue a control prenatal?

1. No quise ir
2. No sabía que era necesario
3. No tenía dinero
4. No tuve tiempo
5. Me queda muy largo
6. Con mis otros hijos nunca fui/no lo necesitaba
7. No me atienden bien
8. Marido/esposo no quiso
88. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique
98. No sabe/no responde

#### ENCUESTADORA PASE A 312

309. ¿A dónde fue usted a realizar los controles prenatales? (LEER)

|                                    | SI | NO | MESES DE EMBARAZO |
|------------------------------------|----|----|-------------------|
| a. Hospital del Ministerio Salud   | 1  | 2  | _____             |
| b. Hospital del IHSS               | 1  | 2  | _____             |
| c. Médico/clínica/hospital privado | 1  | 2  | _____             |
| d. CESAMO                          | 1  | 2  | _____             |
| e. CESAR                           | 1  | 2  | _____             |
| f. Partera                         | 1  | 2  | _____             |
| g. ASHONPLAFA                      | 1  | 2  | _____             |
| h. Otro _____<br>Especifique       | 1  | 2  | _____             |

310. ¿Dónde fue usted a la última consulta o control prenatal?

1. Hospital del Ministerio Salud
2. Hospital del IHSS
3. Médico/clínica/hospital privado
4. CESAMO
5. CESAR
6. Partera
8. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

311. ¿A cuántas consultas o controles prenatales fue usted durante todo el embarazo?

\_\_\_\_\_ Veces  
98 = NS/NR

312. ¿Durante ese embarazo, tuvo usted algunos problemas que fueron mas de lo normal para un embarazo? (LEER)

|                                    | SI | NO | NS/NR |
|------------------------------------|----|----|-------|
| - Anemia                           | 1  | 2  | 9     |
| - Hinchazón                        | 1  | 2  | 9     |
| - Fiebre muy alta/calentura        | 1  | 2  | 9     |
| - Dolor o ardor al orinar          | 1  | 2  | 9     |
| - Desmayos o pérdida de conciencia | 1  | 2  | 9     |
| - Dolor de cabeza                  | 1  | 2  | 9     |

313. ¿Durante el embarazo, le dijo alguien que tenía la presión alta?

1. Si
2. No
9. No recuerda

314. ¿Alguna vez tuvo presión alta sin estar embarazada?

1. Si
2. No
9. NS/NR

315. ¿Tuvo ataques/convulsiones durante el embarazo?

1. Si
2. No
9. NS/NR

316. ¿Alguna vez tuvo ataques o convulsiones sin estar embarazada?

1. Si
2. No
9. NS/NR

317. ¿Hubo sangrado antes que comenzaron los dolores de parto?

1. Si            —————▶ **CONTINUE**
2. No            —————▶ **PASE A 319**
9. NS/NR        —————▶ **PASE A 319**

318. ¿El sangrado que presentó era ... (LEER)

1. Ligero (manchó la ropa interior)?
2. Moderado (manchó la ropa exterior)?
3. Severo (manchó la ropa de cama)?

319. ¿Usted fumó en los tres meses anteriores a la fecha en que se dio cuenta que estaba embarazada?

1. Si            —————▶ **CONTINUE**
2. No            —————▶ **PASE A 321**
3. Nunca ha fumado        —————▶ **PASE A 321**

320. ¿Durante el embarazo siguió fumando?

1. Si
2. No

### III B. ATENCION DEL PARTO

Ahora vamos hablar sobre lo que ocurrió durante el parto.

321. ¿Cuánto tiempo duraron los dolores de parto (fuertes y regulares)?

Horas \_\_\_\_\_ Hora de inicio \_\_\_\_\_ am  
 00 = Menos de una hora pm  
 77 = Mas de tres días Hora de nacimiento \_\_\_\_\_ am  
 78 = Cesárea programada/espontánea pm  
 98 = No recuerda

322. ¿Durante el parto, tuvo usted algunos de los siguientes problemas? (LEER)

|                                      | SI | NO | NS/NR |
|--------------------------------------|----|----|-------|
| - Sangrado intenso                   | 1  | 2  | 9     |
| - Presión alta                       | 1  | 2  | 9     |
| - Convulsiones o ataques             | 1  | 2  | 9     |
| - Fiebres o escalofríos              | 1  | 2  | 9     |
| - Desmayos                           | 1  | 2  | 9     |
| - Visión borrosa                     | 1  | 2  | 9     |
| - Dolor de cabeza fuera de lo normal | 1  | 2  | 9     |
| - Corte de la vagina (episiotomía)   | 1  | 2  | 9     |
| - Mala posición del niño             | 1  | 2  | 9     |

323. ¿En qué lugar tuvo el parto?

1. En casa, estaba sola \_\_\_\_\_ ► PASE A 327
2. Con partera en casa/en casa de partera
3. En casa con médico/enfermera
4. Hospital del Ministerio de Salud
5. Hospital del IHSS
6. Hospital/clínica/médico privado
7. CESAMO/CESAR
8. Otro \_\_\_\_\_ ► PASE A 327  
 Especifique

324. ¿Usted planeó dar a luz en este lugar, o fue referida por algún problema durante el embarazo o parto?

1. Lo planeó \_\_\_\_\_ ► PASE A 326
2. Fue referida \_\_\_\_\_ ► CONTINUE
3. No lo planeó/ni fue referida \_\_\_\_\_ ► PASE A 326

325. ¿Por qué la refirieron?

1. Parto duró demasiado
2. Niño en mala posición
3. Niño muy grande
4. Hemorragia
5. No la pudieron atender
8. Otro \_\_\_\_\_  
 Especifique

326. ¿El niño nació ... (LEER)

1. Vía vaginal/normal?
2. Vía vaginal con fórceps?
3. Por cesárea?

327. ¿Fue el parto de (Nombre) antes del tiempo esperado, de tiempo, o se pasó la fecha esperada?

- |    |                     |        |                   |
|----|---------------------|--------|-------------------|
| 1. | Antes del tiempo    | _____▶ | <b>CONTINUE</b>   |
| 2. | De tiempo           | _____▶ | <b>PASE A 400</b> |
| 3. | Atrasado            | _____▶ | <b>CONTINUE</b>   |
| 9. | No sabe/no recuerda | _____▶ | <b>PASA A 400</b> |

328. ¿Cuántos días?

— —  
98 = No recuerda



407. ¿Cuántos meses después de su parto comenzó a tener relaciones sexuales?

— — Meses

00 = Menos que 1 mes

77 = Aún no ha comenzado

98 = No recuerda

408. **ENCUESTADORA: EN BASE A LA PREGUNTA 304, ANOTE COMO TERMINO EL ULTIMO EMBARAZO**

1. Nacido muerto \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 600**  
2. Nacido vivo \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**

409. ¿Le pesaron el niño al nacer?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**  
2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 411**  
9. No sabe/no recuerda \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 411**

410. ¿Cuánto pesó?

Libras \_\_\_\_\_ Onzas \_\_\_\_\_ o Gramos \_\_\_\_\_  
98 98 = NS/NR

411. ¿En los primeros 15 días después que el niño nació tuvieron que hospitalizarle?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**  
2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 500**

412. ¿Por qué tuvieron que hospitalizar al niño?

1. Se puso amarillo la piel o los ojos/ictericia  
2. Presentaba fiebre/infección  
3. Convulsiones/ataque  
4. Se puso rígido/tieso  
8. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

**V. ALIMENTACION DEL NIÑO/LACTANCIA MATERNA**

500. ¿Le dió pecho al niño?

1. Si \_\_\_\_\_▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_▶ PASE A 502

501. ¿Después que nació (Nombre) cuánto tiempo pasó antes de pegar el niño(a) al pecho por primera vez?

1. Minutos     \_\_\_ \_\_\_
2. Horas
3. Días
998. NS/NR

502. **ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 211 Y DETERMINE SI**

1. El último nacido vivo está vivo actualmente —▶ CONTINUE
2. El último nacido vivo está muerto \_\_\_\_\_▶ PASE A 600

503. **ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 500 Y COPIAR LA RESPUESTA**

1. Si \_\_\_\_\_▶ CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_▶ PASE A 509

504. ¿Está dándole el pecho actualmente?

1. Si \_\_\_\_\_▶ PASE A 507
2. No \_\_\_\_\_▶ CONTINUE

505. ¿Qué edad tenía el niño cuando dejó de darle de mamar?

1. Días (si es menos de un mes)     \_\_\_ \_\_\_
2. Meses

506. ¿Por qué dejó de darle de mamar al niño?

1. Niño se enfermó de diarrea
2. Niño se enfermó por otra causa
3. Niño ya no quería/prefiere el pepe
4. Poca leche/insuficiente/pechos se secaron
5. Salía a trabajar/estudiar
6. Era inconveniente
7. Se enfermó la madre
8. Problemas con pechos (enfermedad/hinchazón/dolor)
9. Ya tenía edad para el destete
10. Quedó embarazada
11. Empezó utilizar pastillas anticonceptivas
88. Otro \_\_\_\_\_

    Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 509**

507. ¿Cuántas veces le dió el pecho desde las seis de la mañana de ayer hasta las seis de la tarde de ayer?

— — Número de veces  
97 = Cada vez que el niño lo pedía  
98 = No recuerda

508. ¿Cuántas veces le dió el pecho desde las seis de la tarde de ayer hasta las seis de la mañana de hoy?

— — Número de veces  
97 = Niño duerme con ella  
98 = No recuerda

509. **ENCUESTADORA: REVISE EN PREGUNTA 209 E IDENTIFIQUE SI EL NIÑO TIENE:**

1. 0-23 meses de edad —————▶ **CONTINUE**  
2. 24 meses o más de edad —————▶ **PASE A 600**

510. ¿Cuántos meses cumplidos tenía el niño cuando empezó a darle:  
(LEER)

00 = menos de un mes  
66 = no ha dado  
98 = no recuerda/no sabe

|   |     |
|---|-----|
| a. agua   | — — |
| b. queso/huevo/mantequilla                        | — — |
| c. carne (pollo, cerdo, res<br>pescado, vísceras) | — — |
| d. verduras                                       | — — |
| e. plátano  | — — |
| f. frutas   | — — |
| g. pan/tortillas                                  | — — |
| h. frijoles/arroz                                 | — — |
| i. raíces (papa, yuca)                            | — — |
| j. café/té  | — — |
| k. refresco (botella)                             | — — |
| l. leches (lata, polvo,<br>bolsa, vaca)           | — — |
| m. sopa   | — — |
| n. jugo   | — — |

511. ¿Entre las seis de la mañana de ayer y las seis de la mañana de hoy, le dió al niño algo de lo siguiente? (LEER)

|                         | SI | NO | NS/NR |
|-------------------------|----|----|-------|
| a. Agua                 | 1  | 2  | 9     |
| b. Leche de vaca        | 1  | 2  | 9     |
| c. Leche de lata/polvo  | 1  | 2  | 9     |
| d. Otros líquidos/jugos | 1  | 2  | 9     |
| e. Comida solida        | 1  | 2  | 9     |
| f. Puré/papilla         | 1  | 2  | 9     |



Ahora vamos a hablar del embarazo de \_\_\_\_\_.  
(Nombre)

604. ¿Registró o asentó el niño?

1. Si
2. No

605. ¿El embarazo de (Nombre) ocurrió porque usted lo deseaba?

1. Si \_\_\_\_\_► PASE A 607
2. No \_\_\_\_\_► CONTINUE
3. No recuerda \_\_\_\_\_► PASE A 607

606. ¿Usted no deseaba ese embarazo porque no quería tener más hijos o porque deseaba que pasara más tiempo antes de tenerlo?

1. No quería más hijos
2. Deseaba esperar más tiempo
9. No recuerda

607. ¿Después del parto de (Nombre), usó usted algún método para evitar embarazarse de nuevo?

1. Si \_\_\_\_\_► CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_► PASE A 610

608. ¿Cuál método usó?

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
12. Lactancia materna
88. Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especifique

609. ¿Cuántos días o meses después del parto inició con ese método anticonceptivo?

— — meses

00 = Menos de un mes

610. ENCUESTADORA: VEA 603. ¿ESTA VIVO EL HIJO SELECCIONADO?

1. Si \_\_\_\_\_► CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_► PASE 1000





707. ¿Le aplicaron la vacuna de BCG (Tuberculosis) al niño?

1. Si
2. No
9. No recuerda

708. ¿Cuántas dosis de DPT le han aplicado al niño?

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

709. ¿Cuántas dosis de polio le han aplicado al niño?

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

710. ¿Cuántas dosis contra el sarampión le han aplicado al niño?

\_\_\_\_\_ Dosis  
9 = No recuerda

### VIII. ENFERMEDAD DIARREICA

800. ¿Tiene o ha tenido (Nombre) diarrea en los últimos quince días?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 900**
9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 900**

801. ¿Por cuántos días ha tenido/tuvo diarrea?

— — días

00 = Comenzó hoy

98 = No sabe/no recuerda

802. ¿Durante la diarrea el niño tiene/tuvo... (LEER)

|                            | SI | NO |
|----------------------------|----|----|
| a. vómitos/vasca?          | 1  | 2  |
| b. fiebre alta (>38.5° c)? | 1  | 2  |
| c. sangre en las heces?    | 1  | 2  |
| d. moco en las heces?      | 1  | 2  |

803. ¿Le dió algo para esa diarrea?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 806**

804. ¿ Qué le dió? (NO LEER)

|                        | MENCIONO | NO MENCIONO |
|------------------------|----------|-------------|
| a. Pastillas           | 1        | 2           |
| b. Jarabe/líquidos     | 1        | 2           |
| c. Inyecciones         | 1        | 2           |
| d. Purgantes           | 1        | 2           |
| e. Sobada              | 1        | 2           |
| f. Plantas medicinales | 1        | 2           |
| g. Antibióticos        | 1        | 2           |
| h. Antidiarréicos      | 1        | 2           |
| i. Suero en las venas  | 1        | 2           |
| j. Litrosol            | 1        | 2           |
| k. Suero casero        | 1        | 2           |
| l. Otro _____          | 1        | 2           |
| Especifique            |          |             |

805. ¿Y de esto que le dió, cuál cosa le dió primero?

1. Pastillas
2. Jarabes/líquidos
3. Inyecciones
4. Purgantes
5. Sobada
6. Plantas medicinales
7. Antibióticos
8. Antidiarréicos
9. Suero en las venas (tratamiento endovenoso)
10. Litrosol
11. Suero casero
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

806. ¿Durante la diarrea el niño presentó ... (LEER)

|                              | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| - Piel seca y/o arrugada?    | 1  | 2  |
| - Ojos hundidos y secos?     | 1  | 2  |
| - Mollera hundida (< 1 año)? | 1  | 2  |
| - No orinaba?                | 1  | 2  |
| - Sed?                       | 1  | 2  |
| - Labios secos?              | 1  | 2  |

807. ¿Tuvo que hospitalizarlo?

1. Si
2. No

808. ENCUESTADORA: VEA 804. ¿LE DIO LITROSOL AL NIÑO DURANTE ESTA DIARREA?

1. Si \_\_\_\_\_ ► PASE A 810
2. No \_\_\_\_\_ ► CONTINUE
3. No sabe que es litrosol \_\_\_\_\_ ► PASE A 900

809. ¿Por qué no le dió? (ANOTE SOLAMENTE UNA RESPUESTA)

1. No tenía litrosol/se me terminó
2. No sabía que era bueno
3. No le tiene fe/no sirve/no cura
4. No me lo recetaron
5. No le gusta al niño
6. Le di otra clase de medicina
7. No había disponible suero
8. No fue grave la diarrea/no deshidratado
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 900**

810. ¿Cuánto tiempo después de iniciada la diarrea le empezó a dar el litrosol?

— — Horas

00 = antes de una hora

811. ¿Dónde consiguió el litrosol?

1. Distribuidor comunitario
2. CESAR/CESAMO/Hospital del Ministerio de Salud
3. Hospital de IHSS
4. Farmacia
5. Pulpería
6. Puesto venta de medicina
8. Otro \_\_\_\_\_

                    Especifique

9. No sabe/no recuerda

812. ¿Cuántos sobres de litrosol le ha dado o dió al niño para esta diarrea?

\_\_\_ \_\_\_ Sobres

813. ¿Por cuántos días le dió litrosol?

\_\_\_ \_\_\_ Días

## IX. INFECCIONES RESPIRATORIA AGUDAS

900. ¿En los últimos 15 días, su niño (Nombre) ha tenido tos o problemas en el oído? ¿Ha estado mal del pecho o de la garganta?

1. Si contestó alguna de ellos —————▶ **CONTINUE**
2. No contestó ninguno —————▶ **PASE A 1000**

901. ¿En los últimos 15 días el niño ha presentado... (LEER)

|  | SI | NO |
|--|----|----|
| a. Respiración más rápida que lo normal (cansado)? | 1  | 2  |
| b. Se le hundía el pecho al respirar (tiraje)?     | 1  | 2  |
| c. Color morado de dedos y labios (cianosis)?      | 1  | 2  |
| d. Respiración difícil                             | 1  | 2  |
| e. Fiebre alta (calentura)?                        | 1  | 2  |
| f. Tapazón de nariz o catarro                      | 1  | 2  |
| g. Tos?  | 1  | 2  |
| h. Dolor de garganta/ dificultad para tragar?      | 1  | 2  |
| i. Dolor de oído?                                  | 1  | 2  |
| j. Supuración del oído (pus)?                      | 1  | 2  |

902. ¿Hizo algo para tratarle la enfermedad?

1. Si —————▶ **CONTINUE**
2. No —————▶ **PASE A 904**

903. ¿Durante esta enfermedad... (LEER)

|   | SI | NO |
|---|----|----|
| a. Le limpió la nariz?                              | 1  | 2  |
| b. Le puso gotas de agua de manzanilla en la nariz? | 1  | 2  |
| c. Le bajó la fiebre con paños húmedos?             | 1  | 2  |
| d. Le dió más agua que de costumbre?                | 1  | 2  |
| e. Le dió antibióticos?                             | 1  | 2  |
| f. Le dió aspirina/antifebriles?                    | 1  | 2  |
| g. Lo hospitalizaron?                               | 1  | 2  |
| h. Otro _____                                       | 1  | 2  |

Especifique

### ENCUESTADORA PASE A 1000

904. ¿Por qué no hizo nada?

1. No lo consideró necesario
2. Servicios de salud demasiado lejos
3. Servicios de salud son malos
4. Por descuido
5. Falta de dinero
6. Demasiado ocupada
7. Falta de transporte
8. Nadie podía cuidar los niños
88. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

98. No sabe/no recuerda

### X. MORTALIDAD MATERNA

1000. ¿Tiene usted hermanas de madre que actualmente están vivas?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE  
 2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1003  
 9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1100

1001. ¿Cuántas hermanas de madre están actualmente vivas?

\_\_ \_\_ hermanas vivas

1002. ¿Ahora, le voy a preguntar sobre las edades de las hermanas de madre que usted tiene y están actualmente vivas? (COMIENCE POR LA DE MAYOR EDAD).

| No. | NOMBRE | AÑOS<br>CUMPLIDOS |
|-----|--------|-------------------|
|     |        | 98 = No sabe      |
| 01. | _____  | __ __             |
| 02. | _____  | __ __             |
| 03. | _____  | __ __             |
| 04. | _____  | __ __             |
| 05. | _____  | __ __             |
| 06. | _____  | __ __             |
| 07. | _____  | __ __             |
| 08. | _____  | __ __             |
| 09. | _____  | __ __             |
| 10. | _____  | __ __             |
| 11. | _____  | __ __             |
| 12. | _____  | __ __             |

1003. ¿Ha tenido usted hermanas de madre que murieron?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE  
 2. No \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1100  
 9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1100

1004. ¿Cuántas hermanas de madre murieron?

\_\_ \_\_ hermanas muertas

**Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su(s) hermana(s) de madre que falleció(fallecieron)?. SI HA FALLECIDO MAS DE UNA HERMANA, ANOTE LOS NOMBRES COMENZANDO CON LA QUE FALLECIO MAS RECIENTEMENTE.**

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| 1005 ¿Cuál es el nombre?<br>ANOTE EL NOMBRE                        | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 1006 ¿Hace cuántos años falleció<br>(NOMBRE)?                      | _____<br>N° DE AÑOS  |
| 1007 ¿Cuántos años tenía (NOMBRE)<br>cuando falleció?              | _____<br>AÑOS<br>11-54 continúe<br>si no,<br>siguiente columna |
| 1008 ¿Dónde estaba (NOMBRE) cuando<br>murió? (LEER)                |  |  |  |  |  |
| 1. Hospital/clínica pública  | 1. Hospital/<br>clínica<br>pública                             |
| 2. Hospital/clínica<br>privada                                     | 2. Hospital/<br>clínica<br>privada                             |
| 3. Centro de salud   | 3. Centro de<br>salud  |
| 4. En su casa/partera/familiar                                     | 4. Casa  |
| 5. En el trayecto buscando atención                                | 5. Trayecto  |
| 8. Otro  | 8. Otro  | 8. Otro  | 8. Otro  | 8. Otro  | 8. Otro  |
| 1009 ¿Ella (NOMBRE) murió<br>cuando...?(LEER)                      |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Estaba embarazada?   | 1. Embarazo  |
| 2. ¿Durante un parto?  | 2. Parto   |
| 3. ¿Durante un aborto?   | 3. Aborto  |
| 4. ¿Dentro de las seis semanas<br>después de terminar un embarazo? | 4. Post-parto  |
| 5. ¿En otro momento?   | 5. Otro  |
| 1010 ¿Cuántos hijos(as) tuvo (NOMBRE) en<br>toda su vida?          | _____<br>HIJOS<br><br>(PASE A SIGTE.<br>COLUMNA)               |

**XI. PLANIFICACION FAMILIAR**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar; es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.

|   | 1100                  |    | 1101                 |    | 1102  | 1103                                |    |
|---|-----------------------|----|----------------------|----|---|-------------------------------------|----|
|   | ¿Ha oído hablar de... |    | ¿Alguna vez ha usado |    | ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usarlo<br>(98 no recuerda) | ¿Lo ha usado en los últimos 30 días |    |
|   | SI                    | NO | SI                   | NO | EDAD  | SI                                  | NO |
| A...la píldora o pastillas anticonceptivas?                                 | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| B...el DIU (dispositivo)?   | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| C...el condón o preservativo?   | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| D...la inyección anticonceptiva?  | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| E...los métodos vaginales (jaleas/espumas/diafragma/crema/óvulos/tabletas)? | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| F...la esterilización femenina u operación?                                 | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| G...la vasectomía o esterilización masculina?                               | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |
| H...norplant (implante en el brazo)?  | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —   | 1                                   | 2  |

|   | 1100                  |    | 1101                 |    | 1102   | 1103                                |    |
|---|-----------------------|----|----------------------|----|--|-------------------------------------|----|
|   | ¿Ha oído hablar de... |    | ¿Alguna vez ha usado |    | ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usarlo (98 no recuerda) | ¿Lo ha usado en los últimos 30 días |    |
|   | SI                    | NO | SI                   | NO | EDAD   | SI                                  | NO |
| I...el ritmo o del calendario? (cuando una pareja evita tener relaciones sexuales durante los días en los cuales la mujer puede quedar embarazada | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —  | 1                                   | 2  |
| J...del método retiro (cuando el hombre tiene mucho cuidado y se retira antes de terminar, escurrir afuera)?                                      | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —  | 1                                   | 2  |
| K...del método Billings (moco cervical)?  | 1                     | 2  | 1                    | 2  | — —  | 1                                   | 2  |

**ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 1101 Y 1103 Y CLASIFIQUE A LA ENTREVISTADA EN BASE A LA RESPUESTA QUE DIO PARA EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.**

- Si la mujer nunca ha usado un método, clasifíquela "**NUNCA USO**"
- Si ella ha usado un método, pero actualmente no usa ninguno, clasifíquela "**USUARIA ANTERIOR**"
- Si ella uso un método en los últimos treinta días, clasifíquela "**USUARIA ACTUAL**"

**1104. ENCUESTADORA: PROCEDA A CLASIFICAR:**

1. Nunca usó —————> PASE A 1150
2. Usuaría anterior —————> PASE A 1144
3. Usuaría actual —————> CONTINUE

**SOLAMENTE PARA MUJERES QUE REFIEREN ESTAR USANDO ALGUN METODO ACTUALMENTE**

**USUARIAS ACTUALES**

1105. ENCUESTADORA: MARQUE EL METODO QUE ESTA USANDO (VEA 1103). SI ESTA UTILIZANDO MAS DE UN METODO, MARQUE EL METODO MAS EFECTIVO.

- |     |                               |   |             |
|-----|-------------------------------|---|-------------|
| 1.  | Pastillas _____               | → | CONTINUE    |
| 2.  | DIU (dispositivo) _____       | → | PASE A 1112 |
| 3.  | Condón _____                  | → | PASE A 1116 |
| 4.  | Inyección _____               | → | PASE A 1130 |
| 5.  | Métodos vaginales _____       | → |             |
| 6.  | Esterilización femenina _____ | → | PASE A 1123 |
| 7.  | Vasectomía _____              | → | PASE A 1130 |
| 8.  | Norplant _____                | → |             |
| 9.  | Ritmo _____                   | → |             |
| 10. | Retiro _____                  | → | PASE A 1133 |
| 11. | Método de Billings _____      | → |             |

1106. ¿Me puede mostrar su paquete de pastillas anticonceptivas, por favor?

1. Si mostró el paquete
2. No mostró el paquete

1107. ¿Cuál es la marca de pastillas anticonceptivas que usted toma actualmente? (SI VIO EL PAQUETE, CODIFIQUE LA MARCA ABAJO)

1. No conoce marca
2. Nordette
3. Microgynon
4. Perla
5. Lofemenal
6. Triquilar
7. Neogynon
8. Norminest
9. Eugynon
10. Ovral
11. Noriday
88. Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especifique

1108. ¿Qué debe hacer una mujer si se le olvida tomar una pastilla anticonceptiva?

1. Tomar dos pastillas el día siguiente y continuar su paquete
2. Continuar tomando la pastilla y usar otro método
3. Usar otro método hasta iniciar el nuevo ciclo
4. Esperar la menstruación y seguir el uso con un ciclo nuevo
8. Otro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Especifique
9. No sabe/no recuerda

1109. ¿Por cuánto tiempo ha tomado las pastillas anticonceptivas sin interrupción?

1. Meses                    \_\_\_ \_\_\_
2. Años
- 998 = No recuerda

1110. ¿Cuánto le cuesta cada paquete (ciclo) de esas pastillas?

\_\_\_ . \_\_\_ Lps.  
 00.00 = Me las regalan —————▶ PASE A 1130  
 99.99 = No sabe/no recuerda —————▶ PASE A 1130

1111. ¿Ese valor le parece, caro, apropiado o barato?

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

**ENCUESTADORA PASE A 1130**

**PARA USUARIAS ACTUALES DEL DIU**

1112. ¿Por cuánto tiempo ha estado usando continuamente el DIU (dispositivo)?

1. Meses                    \_\_\_ \_\_\_
2. Años
- 998 = No recuerda

1113. ¿En que momento le pusieron el DIU? (LEER)

1. Inmediatamente después del parto vaginal (antes de salir del hospital)
2. Inmediatamente después de un aborto o legrado
3. Durante una cesárea
4. Después del parto ¿DESPUES DE CUANTOS DIAS? \_\_\_ \_\_\_
5. En otro momento
8. Otro \_\_\_\_\_  
                                   Especifique

1114. ¿Cuánto le costó para insertar el DIU?

\_\_\_ Lps  
 0000 = Me las regalan —————▶ PASE A 1130  
 9999 = No sabe/no recuerda —————▶ PASE A 1130

1115. ¿Ese valor le parece, caro, apropiado o barato?

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

**ENCUESTADORA PASE A 1130**

**PARA USUARIAS ACTUALES DE CONDONES**

1116. ¿Por cuánto tiempo sin interrupción ha estado usando los condones para evitar embarazarse?

- 1. Meses      \_\_\_\_\_
  - 2. Años       \_\_\_\_\_
- 998 = No recuerda

1117. ¿Durante el tiempo que ha estado usando los condones ha sentido algún problema o malestar?

- 1. Si           \_\_\_\_\_▶ **CONTINUE**
- 2. No          \_\_\_\_\_▶ **PASE A 1119**

1118. ¿Qué problemas, inconvenientes o malestares ha tenido usted o su compañero cuando usan los condones? (NO LEER)

|   | MENCIONO | NO<br>MENCIONO |
|---|----------|----------------|
| a. Me irritan/siento caliente                                 | 1        | 2              |
| b. No se siente lo mismo                                      | 1        | 2              |
| c. Interrupción de acto sexual para poder colocarse el condón | 1        | 2              |
| d. Se me han roto   | 1        | 2              |
| e. Se me quedó adentro  | 1        | 2              |
| f. Olor del lubricante/condón                                 | 1        | 2              |
| g. Otro _____   | 1        | 2              |
| Especifique   |          |                |

1119. ¿Cuál es la marca de condones que usted o su compañero usualmente compra?

- 1. Sultán
  - 2. Rough Rider
  - 3. Guardián
  - 4. Stimula
  - 5. Prime
  - 6. Innotex
  - 7. Protektor
  - 8. Made in U.S.A.
  - 88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no recuerda

1120. ¿Cuánto le cuesta cada paquete de condones?

- \_\_\_\_\_ Lps.           \_\_\_\_\_▶ **CONTINUE**
- 00.00 = Me los regalan   \_\_\_\_\_▶ **PASE A 1130**
- 99.99 = No sabe           \_\_\_\_\_▶ **PASE A 1130**

1121. ¿Cuántas unidades tiene el paquete?

98 = No sabe

1122. ¿Ese valor le parece caro, apropiado o barato?

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

**ENCUESTADORA PASE A 1130**

**SOLO PARA MUJERES ESTERILIZADAS**

1123. ¿En qué mes y año la operaron?

Mes    \_\_\_ \_\_\_  
Año    \_\_\_ \_\_\_

1124. ¿La operación fue hecha mientras estaba hospitalizada para un parto o pérdida o fue en otro momento?

1. Hospitalizada para parto o pérdida
2. En otro momento

1125. ¿Cuánto pagó por la operación?

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Lps.  
0000 = Me la regalaron            ► **PASE A 1127**  
9999 = No sabe/no recuerda       ► **PASE A 1127**

1126. ¿Ese valor le parece caro, apropiado o barato?

1. Caro
2. Apropiado (está bien)
3. Barato
4. No tiene opinión

1127. ¿Cuál fue la razón principal por la cual usted decidió operarse?

1. No deseaba más hijos
2. Recomendación médica
3. Razones económicas
4. Efectos colaterales de otros métodos
5. Falla de otros métodos
6. Por problemas en el último parto
7. Razones de salud
8. Por presencia de un embarazo ectópico
9. Aprovecharon una cirugía de abdomen
10. Es eficaz/muy seguro
11. Por cesáreas anteriores
88. Otro \_\_\_\_\_  
                  Especifique
98. No sabe/no recuerda

1128. ¿Desde que se hizo la operación (esterilización), se ha arrepentido de haberse operado?

1. Si, se ha arrepentido            ► **CONTINUE**
2. No, se ha arrepentido          ► **PASE A 1130**





1138. ¿Usted está satisfecha de usar (Ritmo/Retiro/Billings) como método de planificación familiar?

1. Si \_\_\_\_\_ ► PASE A 1140
2. No \_\_\_\_\_ ► CONTINUE

1139. ¿Por qué no está satisfecha de usarlo?

1. Riesgo de embarazarme
2. Temor a que me falle
3. No le gusta mi marido (compañero)
4. Interrupción de acto sexual
5. Tiene que pasar muchos días sin sexo
6. No es un método seguro
7. Porque hay que guardar algunos días (dieta)
8. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

**ENCUESTADORA PASE A 1142**

1140. ¿Por qué se siente satisfecha de usarlo?

1. Me protege de un embarazo/es seguro
2. No tengo que gastar/tiene un bajo costo
3. No me afecta la salud
4. No tengo que salir de mi casa para obtenerlo
5. Le gusta a mi marido
6. Cumplo con las disposiciones de la iglesia
8. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique



1145. ¿Por qué razón dejó de usar el último método?

1. Para embarazarse
2. No había en existencia
3. Le queda lejos el lugar donde lo obtiene
4. No tuvo dinero para comprarla
5. Tuvo efectos colaterales
6. Miedo a efectos colaterales
7. No fue eficaz/le falló
8. Mi compañero se opuso
9. Dificultad para usarlo
10. Descuido
11. No tenía vida sexual
12. Recomendación médica
13. Menopausia
14. Mala atención de los proveedores/servicios
15. Razones religiosas/sociales
88. Otra \_\_\_\_\_  
Especifique
98. No sabe/no recuerda

1146. ¿Le produjo algún problema, reacción o malestar de salud?

1. Si \_\_\_\_\_► **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_► **PASE A 1148**

1147. ¿Qué problema le produjo?

1. Aumento o pérdida de peso
2. Sangrado entre una y otra regla
3. Dolor de cabeza
4. Náuseas
5. Manchas en la cara
6. Dolor de vientre
7. Nerviosismo
8. Flujo vaginal (secreción)
9. Problemas circulatorios/venas inflamadas
10. Irregularidades menstruales
11. Fiebre/calentura
88. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique

1148. ¿Cuál fue el primer método anticonceptivo que usted usó en su vida?

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No recuerda

1149. Cuando comenzó a usar su primer método, ¿Cuántos hijos vivos tenía?

\_\_ \_\_ Hijos Vivos

**TODAS LAS MUJERES ENTRAN AQUI**

1150. **ENCUESTADORA VEA PREGUNTAS 202 Y 203 Y CLASIFIQUE**

1. Tiene hijos vivos \_\_\_\_\_ ➔ CONTINUE
2. No tiene hijos vivos \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1152

1151. Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos y pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?

\_\_\_\_ hijos  
 77 = Los que Dios me mande  
 98 = No sabe

**ENCUESTADORA PASE A 1153**

1152. Si pudiera elegir exactamente el número de hijos que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?

\_\_\_\_ hijos  
 77 = Los que Dios me mande  
 98 = No sabe

1153. ¿Cuánto tiempo cree que es apropiado para esperar entre tener un hijo y otro?

1. Meses \_\_\_\_\_
2. Años \_\_\_\_\_
777. Lo que pase
999. No sabe

1154. **ENCUESTADORA: IDENTIFIQUE SI HAY OTRA PERSONA ADULTA PRESENTE EN ESTE MOMENTO**

1. Sí - Quién ? \_\_\_\_\_
2. No Relación/parentesco

1155. **ENCUESTADORA: VEA 104, PAGINA 5 EDAD DE LA ENTREVISTADA**

1. 15 - 24 \_\_\_\_\_ ➔ CONTINUE
2. 25 - 49 \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1161

1156. ¿En que mes y año tuvo su primera relación sexual?

\_\_\_\_ Mes      \_\_\_\_ Año

- 9898 = No recuerda  
 9999 = No quiere responder (rehusa) \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1200  
 2222 = Nunca tuvo relaciones sexuales \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1207

1157. ¿Cuándo tuvo su primer contacto sexual, qué relación tenía con esa persona **EN ESE MOMENTO**?

1. Marido/compañero
2. Prometido
3. Novio
4. Amigo
5. Recién conocido
6. Otro \_\_\_\_\_

Especifique

8. Violación \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1161**
9. No recuerda \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1161**

1158. ¿Cuántos años cumplidos tenía la persona con quien usted tuvo esa primera relación sexual?

— — Años  
98 = NS/NR

1159. ¿Usó usted o su pareja algún método anticonceptivo durante esta primera relación?

1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1161**

1160. ¿Qué método?

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No recuerda

1161. ¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?

— — Años  
98 = No recuerda  
99 = No quiere responder  
77 = Nunca tuvo relaciones sexuales \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1203**

1162. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 30 días?

1. Si \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1200**
2. No \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**

1163. ¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual?

1. Meses — —
2. Años — —
- 999 = No recuerda

**XII. DEMANDA DE PLANIFICACION FAMILIAR**

1200. **ENCUESTADORA: VEA 1104 Y 1105 Y CLASIFIQUE SI LA ENTREVISTADA ES:**

1. Nunca usó (1104=1) \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
2. Usuaria anterior(1104=2) \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
3. Usuaria actual no esterilizada  
(1104=3 y 1105 no igual a 6 o 7) \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1300
4. Usuaria actual esterilización femenina  
(1104=3 y 1105=6) \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1400
5. Usuaria actual esterilización masculina  
(1104=3 y 1105=7) \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1400

1201. ¿Está usted embarazada actualmente?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1207
2. No \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE

1202. ¿Desea embarazarse actualmente?

1. Si
2. No
9. No sabe

1203. ¿Si usted quisiera podría quedar embarazada?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1205
2. No \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE
9. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE

1204. ¿Por qué cree que no podría quedar embarazada? Dígame la razón principal.

1. Menopausia \_\_\_\_\_
2. Histerectomía (le quitaron la matriz) \_\_\_\_\_
3. Hace 2 ó más años que no usa un método  
y no queda embarazada \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1400
4. El esposo (compañero) es estéril \_\_\_\_\_
5. No tiene vida sexual activa \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1207
6. Está dando el pecho al bebé o post-  
parto (después del parto) \_\_\_\_\_
8. Otro \_\_\_\_\_ ▶ CONTINUE  
Especifique
9. No sabe \_\_\_\_\_

1205. ¿Por qué no está usando usted o su pareja algún método para evitar tener hijos actualmente?

1. Desea embarazarse \_\_\_\_\_
  2. Post-parto o amamantamiento \_\_\_\_\_
  3. No tiene relaciones sexuales/sexo infrecuente \_\_\_\_\_
  4. Disminuye satisfacción
  5. Miedo a efectos colaterales
  6. Tuvo efectos colaterales
  7. No tiene dinero para comprar/muy caro
  8. No tiene conocimiento de anticoncepción
  9. Le queda lejos/no se consigue fácilmente
  10. Razones religiosas/iglesia
  11. El compañero se opone/no le gusta
  12. Problemas de salud/médico no recomienda
  13. No le gusta/ya no quería usar/no me interesa
  14. Dificultad de uso
  15. Mala atención
  88. Otra \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe/no responde

1206. ¿Actualmente, desea usted usar algún método para evitar tener hijos?

1. Si \_\_\_\_\_ → **PASE A 1208**
2. No \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
9. No sabe/no responde \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**

1207. ¿Piensa usted usar en el futuro algún método para evitar tener hijos?

1. Si \_\_\_\_\_ → **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ → **PASE A 1300**
9. No sabe/no responde \_\_\_\_\_ → **PASE A 1300**

1208. ¿Cuál método preferiría usar o está pensando utilizar usted o su pareja?

1. Pastillas
2. DIU (dispositivo)
3. Condón
4. Inyección
5. Métodos vaginales
6. Esterilización femenina
7. Vasectomía
8. Norplant
9. Ritmo
10. Retiro
11. Método de Billings
98. No sabe \_\_\_\_\_ → **PASE A 1300**

1209. ¿A dónde iría usted para obtener o hacerse el método?

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 venta de medicina
  9. Pulpería/supermercado
  10. Clínica de ASHONPLAFA
  11. Consejera comunitaria o puesto de ASHONPLAFA
  12. La iglesia
  13. Familiares/amigos/vecinos
  14. Periódicos/revistas \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1300
  15. Libros/folletos \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1300
  16. Radio/televisión \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1300
  88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
98. No sabe \_\_\_\_\_ ▶ PASE A 1300

1210. ¿Cuánto tiempo se tardaría normalmente para llegar a ese lugar por el medio de transporte que usted usualmente usa?

— — — minutos  
999 = No sabe

### XIII. INTERES EN ESTERILIZACION FEMENINA

**ENCUESTADORA: VEA 202 Y 203 PARA DETERMINAR EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE LA ENTREVISTADA**

1300. ¿Le gustaría tener otro (un) hijo o prefiere no tener más hijos?  
(SI LA MUJER ESTA ACTUALMENTE EMBARAZADA, DESPUES DE ESTE EMBARAZO)

1. Tener un (otro) hijo —————▶ CONTINUE
2. No tener otro hijo —————▶ PASE A 1303
9. No sabe —————▶ PASE A 1302

1301. ¿Cuánto tiempo le gustaría esperar antes de tener (un) otro hijo?

- — Años  
00 = menos de un año  
77 = cuando me case  
98 = No sabe

1302. ¿Estaría usted interesada en operarse en el futuro para no tener más hijos?

1. Si —————▶ PASE A 1306
2. No —————▶ PASE A 1400
9. No sabe —————▶ PASE A 1400

1303. ¿Está actualmente interesada en operarse para no tener hijos?

1. Si —————▶ CONTINUE
2. No —————▶ PASE A 1400

1304. ¿Por qué no ha ido a operarse?

1. Miedo a la operación
2. Miedo a efectos colaterales
3. Piensa hacérsela postparto
4. No tiene quien le cuide los niños
5. Costo muy elevado
6. Compañero se opone
7. Barreras institucionales
8. No tiene tiempo
9. Razones religiosas/iglesia
10. No le gusta
11. Cerca de la menopausia
12. Prefiere métodos reversibles
13. Sin vida sexual
14. Es todavía muy joven
15. Nunca pensó en ello
16. Necesita mayor información sobre el método
17. Tiene miedo a arrepentirse
88. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique
98. No sabe/no responde

1305. ¿A dónde le gustaría operarse?

1. Hospital del Ministerio de Salud
2. Hospital del IHSS
3. Hospital/clínica/médico privado
4. Clínica de ASHONPLAFA
8. Otro \_\_\_\_\_  
Especifique
9. No sabe

**ENCUESTADORA PASE A 1400**

1306. ¿Cuántos hijos le gustaría tener en total antes de operarse?

- — Hijos  
98 = No sabe

1307. ¿Cuántos años quiere tener cuando se opere?

- — Años de edad  
98 = No sabe

**XIV. COMUNICACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR**

1400. ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 1101. ¿HA OIDO HABLAR LA ENTREVISTADA DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

- 1. Si \_\_\_\_\_ ➔ CONTINUE
- 2. No \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1500

1401. ¿Cuál método usted recomendaría a las mujeres que nunca han usado algún método?

- 1. Ninguno
  - 2. Pastillas
  - 3. DIU (Dispositivo)
  - 4. Condón
  - 5. Inyección
  - 6. Métodos vaginales
  - 7. Esterilización femenina
  - 8. Vasectomía
  - 9. Norplant
  - 10. Ritmo
  - 11. Retiro
  - 12. Método de Billings
  - 88. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
- 97. No opina
  - 98. No sabe

1402. ¿Está de acuerdo usted con el uso de la planificación familiar para espaciar el nacimiento de los hijos o evitar el embarazo?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No opina

1403. ¿Ha visto, escuchado, o leído un mensaje o anuncio en los últimos seis meses sobre planificación familiar o sea como espaciar o evitar los embarazos o como usar métodos anticonceptivos?

- 1. Si
- 2. No \_\_\_\_\_ ➔ PASE A 1500

1404. ¿Por qué medios ha visto, escuchado o leído esos mensajes o anuncios? (NO LEER)

|  | NO       |          |
|--|----------|----------|
|  | MENCIONO | MENCIONO |
| a. En la radio                           | 1        | 2        |
| b. En la televisión                      | 1        | 2        |
| c. En periódico o revista                | 1        | 2        |
| d. En un afiche                          | 1        | 2        |
| e. En folletos                           | 1        | 2        |
| f. En clínicas de planificación familiar | 1        | 2        |
| g. De trabajadores en salud              | 1        | 2        |
| h. De profesores                         | 1        | 2        |
| i. Otro _____                            | 1        | 2        |

Especifique

**XV. CONOCIMIENTOS SOBRE ETS/SIDA**

1500. ¿Usted ha oído hablar de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 1509**

¿Me podría mencionar el nombre de las enfermedades venéreas o de transmisión sexual de las cuales ha oído hablar?

|   | <b>ESPONTANEO</b> | <b><u>DIRIGIDO</u></b> | <b><u>NO CONOCE</u></b> |
|---|-------------------|------------------------|-------------------------|
| 1501. Sífilis (Chancro, mal de la sangre) | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1502. Gonorrea (purgación flor blanca)    | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1503. Condiloma (caballitos/ verrugas)    | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1504. SIDA                                | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1505. Chlamydia                           | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1506. Herpes Genital                      | 1                 | 2                      | 3                       |
| 1507. Otras _____<br>Especifique          | 1                 |                        | 3                       |

1508. **ENCUESTADORA: VEA 1504 E IDENTIFIQUE SI MENCIONO SIDA ESPONTANEAMENTE O EN FORMA DIRIGIDA.**

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 1510**  
 2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 1600**

1509. ¿Há oído hablar de SIDA?

1. Si \_\_\_\_\_ ▶ **CONTINUE**  
 2. No \_\_\_\_\_ ▶ **PASE A 1600**

1510. ¿Piensa que una persona puede estar contagiada con el virus del SIDA y no presentar síntomas de la enfermedad?

1. Si  
 2. No  
 9. No sabe

1511. ¿En la actualidad, existe cura para el SIDA?

1. Si  
 2. No  
 9. No sabe

1512. ¿Piensa que una persona se puede contagiar con SIDA... (LEER)

|  | SI | NO | NS |
|--|----|----|----|
| a. Besando en la boca?                               | 1  | 2  | 9  |
| b. Dándole la mano a alguien?                        | 1  | 2  | 9  |
| c. Dando sangre?                                     | 1  | 2  | 9  |
| d. Recibiendo sangre?                                | 1  | 2  | 9  |
| e. Utilizando agujas o jeringas que otro haya usado? | 1  | 2  | 9  |
| f. Por la picada de un mosquito?                     | 1  | 2  | 9  |
| g. Viviendo en la misma casa con personas con SIDA?  | 1  | 2  | 9  |
| h. Usando inodoros?                                  | 1  | 2  | 9  |
| i. A través de relaciones sexuales?                  | 1  | 2  | 9  |

1513. ¿Cómo se puede evitar el SIDA? (NO LEER)

|  | MENCIONO | NO MENCIONO |
|--|----------|-------------|
| a. Usar condones   | 1        | 2           |
| b. Tener un solo compañero/<br>fidelidad   | 1        | 2           |
| c. No salir con prostitutas  | 1        | 2           |
| d. No tener relaciones con hombres<br>mujerriegos                                | 1        | 2           |
| e. No tener relaciones por el ano  | 1        | 2           |
| f. No tener relaciones con hombres<br>que tienen relaciones con otros<br>hombres | 1        | 2           |
| g. No tener relaciones sexuales con<br>desconocidos                              | 1        | 2           |
| h. No utilizar jeringas usadas por<br>infectados                                 | 1        | 2           |
| i. No usar transfusiones inseguras   | 1        | 2           |
| j. No tener sexo oral  | 1        | 2           |
| k. No tener relaciones sexuales  | 1        | 2           |
| l. Otro _____  | 1        | 2           |
| Especifique  |          |             |

1514. ¿Usted ha oído hablar del condón? (VEA 1100)

1. Si \_\_\_\_\_ ► CONTINUE
2. No \_\_\_\_\_ ► PASE A 1600

1515. ¿Cree usted que el uso del condón puede ser una manera muy eficaz, eficaz, poco eficaz o nada eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA? (LEER)

1. Muy eficaz
2. Eficaz
3. Poco eficaz
4. Nada eficaz
9. No sabe

1516. **ENCUESTADORA: VERIFIQUE EN 1156 Y 1161 SI LA ENTREVISTADA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES**

1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1600**

1517. ¿Sabe usted de algunos lugares o personas en donde se puede obtener condones?

1. Si
2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1519**

1518. ¿En que lugares y/o con qué personas? (NO LEER)

|   | <b>MENCIONO</b> | <b>NO<br/>MENCIONO</b> |
|---|-----------------|------------------------|
| a. Hospital/Cesamo/Cesar del MSP        | 1               | 2                      |
| b. Hospital/clínica del IHSS            | 1               | 2                      |
| c. Hospital/clínica/médico privado      | 1               | 2                      |
| d. Partera/voluntario de salud/guardián | 1               | 2                      |
| e. Farmacia                             | 1               | 2                      |
| f. Pulpería/supermercado                | 1               | 2                      |
| g. Clínica de ASHONPLAFA                | 1               | 2                      |
| h. Puesto comunitario de ASHONPLAFA     | 1               | 2                      |
| i. Motel/Hotel                          | 1               | 2                      |
| j. Otro _____                           | 1               | 2                      |
| Especifique                             |                 |                        |

1519. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales en las que ha usado el condón?

1. Si \_\_\_\_\_ ► **CONTINUE**
2. No \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1521**
3. No responde \_\_\_\_\_ ► **PASE A 1522**

1520. ¿Cuál fue la razón para usar el condón? Para evitar... (LEER)

|               | SI | NO | NO SABE |
|---------------|----|----|---------|
| a. Embarazo   | 1  | 2  | 9       |
| b. SIDA       | 1  | 2  | 9       |
| c. Otras ETS  | 1  | 2  | 9       |
| d. Otro _____ | 1  | 2  | 9       |
| Especifique   |    |    |         |

**ENCUESTADORA PASE A 1522**

1521. ¿Por qué nunca ha usado el condón? (NO LEER)

|   | MENCIONO | NO MENCIONO |
|---|----------|-------------|
| a. No sabe donde obtenerlo                              | 1        | 2           |
| b. Lugar de obtención inconveniente                     | 1        | 2           |
| c. Es caro/costo  | 1        | 2           |
| d. Tiene una sola pareja                                | 1        | 2           |
| e. Evitar los hijos es solo responsabilidad de la mujer | 1        | 2           |
| f. Usa otro método                                      | 1        | 2           |
| g. No le gusta/no quiere (INDAGAR)                      | 1        | 2           |
| h. Disminuye el placer/es incómodo                      | 1        | 2           |
| i. No es seguro   | 1        | 2           |
| j. Es para usarlo fuera del matrimonio                  | 1        | 2           |
| k. Mi esposo no tiene relaciones con otra persona       | 1        | 2           |
| l. A su pareja no le gusta                              | 1        | 2           |
| m. Otro _____   | 1        | 2           |
| Especifique   |          |             |

1522. ¿Si su pareja sexual se lo pidiera, usted estaría dispuesta a usar el condón?

1. Si
2. No
9. No sabe

1523. ¿Y si usted fuera que lo pidiera, como cree que reaccionaría su compañero?

1. Se molestaría
2. Aceptaría
3. Me trataría mal
8. Otro \_\_\_\_\_
- Especifique
9. No sabe

**ENCUESTADORA: VEA PREGUNTA 214. PARA CADA NIÑO QUE MURIO A PARTIR DE ENERO 1991 Y ANTES DE CUMPLIR CINCO AÑO DE EDAD (PREGUNTA 213), TIENE QUE HACER AUTOPSIA VERBAL.**

|      |                                       |   |
|------|---------------------------------------|---|
| 1600 | Hora de finalización de la entrevista | HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> |
|------|---------------------------------------|---|

**AGRADEZCA A LA MUJER POR HABERLE DADO SU TIEMPO  
 ENTREGUE EL MATERIAL EDUCATIVO,  
 REGRESE A LA PRIMERA PAGINA Y ANOTE EL CODIGO DE RESULTADO.  
 GRACIAS!**

**ASEGURESE QUE HA TRANSCRITO LA INFORMACION DE IDENTIFICACION  
 GEOGRAFICA Y MUESTRAL DEL CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA AL  
 CUESTIONARIO INDIVIDUAL**