



# Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006

MUJER

## Módulo para la mujer

### 1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA	NOMENT	ENT
MUNICIPIO O DELEGACIÓN	NOMMUN	MUN
LOCALIDAD	NOMLOC	LOC
CLAVE DE AGEB		AGEB
MANZANA		MANZANA

### 3. FOLIO DE LA VIVIENDA

FOLIOVIV

### 4. CONTROL DE CUESTIONARIO

NÚMERO PROGRESIVO DE VIVIENDA

NUMPROG

HOGAR

HOGAR

CUESTIONARIO

TOTHOGAR

TOTCUEST

DE LA VIVIENDA

DEL HOGAR

### 2. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

CALLE

(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM.)

NUMEXT

NUMINT

COLONIA

CP

NÚMERO EXTERIOR

NÚMERO INTERIOR

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

CÓDIGO POSTAL

### 5. RESULTADO DE LA ENTREVISTA A MUJER DE 15 A 54 AÑOS RESIDENTE HABITUAL

CLAVE DE RESIDENTE

CLAVERES

NOMBRE

NOMBRE

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.
NOMBRE Y CLAVE DE LA ENTREVISTADORA	NOMENT1 CVEENT1	NOMENT2 CVEENT2	NOMENT1 CVEENT1
FECHA (dd mm aa)	FECHA1	FECHA2	FECHA3
RESULTADO (*)	RES1	RES2	RES3
HORA DE INICIO	HORAINI1	HORAINI2	HORAINI3
HORA DE TÉRMINO	HORAFIN1	HORAFIN2	HORAFIN3

#### (\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- |                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA   | 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)                 | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN           |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 05 AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 09 VIVIENDA NO LOCALIZADA              |
| 03 INFORMANTE INADECUADO |   | 10 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

### 6. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE

CONSECUTIVO DEL CUESTIONARIO EN EL PAQUETE

FOLIOVIV

CONSPAQ

## PRESENTACIÓN

Buenos días (tardes), mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo para el Instituto Nacional de Salud Pública. Estamos visitando los hogares para platicar sobre su salud, educación, alimentación y algunos temas relacionados con estos aspectos. La información que usted nos proporcione será confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos, es decir, ningún resultado que se presente de este estudio hará referencia a personas en particular. La información que usted nos proporcione ayudará para mejorar los programas sociales y de salud. ¿Está usted de acuerdo en contestar este cuestionario?

Firma de la entrevistada certificando que aceptó contestar \_\_\_\_\_

V. FECUNDIDAD E HISTORIA DE EMBARAZOS

MUJER

5.1 FECHA DE NACIMIENTO

Para empezar le haré algunas preguntas de carácter personal.

Por favor dígame, ¿en qué mes y año nació usted?

---

5.2 EDAD

Entonces, ¿cuántos años cumplidos tiene usted?

SUME EL AÑO DE 5.1 Y LOS AÑOS CUMPLIDOS. SI YA CUMPLIÓ AÑOS EN 2006, LA SUMA DEBE SER 2006. SI NO HA CUMPLIDO AÑOS EN 2006, DEBE SER 2005. EN CASO DE INCONSISTENCIA VERIFIQUE Y CORRIJA. SI LA EDAD ES MENOR DE 15 O MAYOR DE 54 AÑOS CONTINUE CON LA SIGUIENTE MUJER.

---

5.3 ALFABETISMO

¿Usted sabe leer y escribir un recado?

**P05D03**

---

5.4 ALGUNA VEZ EMBARAZADA

¿Ha estado usted embarazada alguna vez?

**P05D04**

---

5.5 TOTAL DE HIJOS FALLECIDOS

De sus hijas e hijos que nacieron vivos, ¿cuántos han muerto?

**P05D05**

---

5.6 NÚMERO DE HIJOS

En total, ¿cuántas hijas e hijos que nacieron vivos ha tenido?

**P05D06**

**P05DMES**

MES ..... | | | |

**P05DAÑO**

AÑO ..... | | | | | |

**P05D0201**

EDAD ..... | | | |

**P05D0202**

SUMA DE 5.1 Y LA EDAD ..... | | | | | |

SÍ ..... 1

NO ..... 2

SÍ ..... 1

SÍ, Embarazada actualmente (1er embarazo) ..... 2

NO ..... 3

PASE  
A 7.1

CANTIDAD ..... | | | |

NINGUNO ..... 00

CANTIDAD ..... | | | |

NINGUNO ..... 00 →

PASE  
A 5.13

V. FECUNDIDAD E HISTORIA DE EMBARAZOS

HIJOS SOBREVIVIENTES <b>HIJOS VIVOS</b>				HIJOS FALLECIDOS <b>HIJOS MUERTOS</b>							
IDENTIFICACIÓN		SEXO		EDAD ACTUAL	IDENTIFICACIÓN		SEXO		EDAD		
5.7 <b>SITIENE HIJOS SOBREVIVIENTES PREGUNTE:</b>		5.8 <b>¿(NOMBRE) es hombre o mujer?</b>		5.9 <b>¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?</b>	5.10 <b>SIN HIJOS FALLECIDOS PASE A 5.13 CON HIJOS FALLECIDOS PREGUNTE:</b>		5.11 <b>¿(NOMBRE) era hombre o mujer?</b>		5.12 <b>¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando se murió?</b>		
Digame los nombres de sus hijas e hijos que están vivos, empezando por el mayor, incluya por favor a los que ya no viven con usted		Hombre . 1 Mujer ..... 2		MENOR DE 1 AÑO ..... 00  NO SABE .... 99	Digame los nombres de sus hijas e hijos que nacieron vivos pero que han muerto, empezando por el primero que tuvo.		Hombre ..... 1 Mujer ..... 2		MENOS DE UN DÍA ANOTE "00" EN DÍAS		
<b>NOMBRE</b> ↓		<b>SEXO</b> →		<b>EDAD</b> ←	<b>NOMBRE</b> ↓		<b>SEXO</b> →		<b>P02D12AÑOS</b>	<b>P02D12MESES</b> ←	<b>P02D12DÍAS</b>
NOMBRE		HOMBRE	MUJER	AÑOS	NOMBRE		HOMBRE	MUJER	AÑOS	MESES	DÍAS
01		1	2	____			1	2	____	____	____
02		1	2	____			1	2	____	____	____
03		1	2	____			1	2	____	____	____
04		1	2	____			1	2	____	____	____
05		1	2	____			1	2	____	____	____
06		1	2	____			1	2	____	____	____
07		1	2	____			1	2	____	____	____
08		1	2	____			1	2	____	____	____
09		1	2	____			1	2	____	____	____
10		1	2	____			1	2	____	____	____
11		1	2	____			1	2	____	____	____
12		1	2	____			1	2	____	____	____
13		1	2	____			1	2	____	____	____
14		1	2	____			1	2	____	____	____
15		1	2	____			1	2	____	____	____
16		1	2	____			1	2	____	____	____

V. FECUNDIDAD E HISTORIA DE EMBARAZOS

HIJOS SOBREVIVIENTES, FALLECIDOS, MORTINATOS Y ABORTOS									
FECHA DE NACIMIENTO (PÉRDIDA)		MORTINATOS			ABORTOS			INTERVALOS	
5.13 PARA HIJOS SOBREVIVIENTES E HIJOS FALLECIDOS PREGUNTE:  ¿Cuál fue la fecha de nacimiento de (NOMBRE)?  PARA MORTINATOS Y ABORTOS PREGUNTE:  ¿Cuál fue la fecha de la pérdida?  DEL 1er EMBARAZO AL RECIENTE		5.14 ¿Ha tenido alguna hija o hijo que haya nacido muerta(o)? Sí ..... 1 → ¿Cuántos? P05D1401 P05D1402 NO ..... 2 → PASE A 5.17			5.17 ¿Ha tenido alguna pérdida o aborto? Sí ..... 1 → ¿Cuántos? P08D1701 P05D1702 NO ..... 2 → PASE A 5.19			5.19 REVISE FECHAS DE NACIMIENTO OPERDIDA (5.13) Y SI HAY INTERVALOS DE 2 O MÁS AÑOS ENTRE LAS FECHAS PREGUNTE  ¿Tuvo algún embarazo entre (FECHA) y (FECHA)? Sí ..... 1 ↓ REGISTRE EMBARAZO DONDE CORRESPONDA P05D19	
		MESES DE EMBARAZO DE MORTINATOS			MESES DE EMBARAZO DE ABORTOS				
		5.15	5.16		5.18				
		¿A los cuántos meses de embarazo tuvo a su primer (segundo, etc.) hijo nacido muerto?	¿Dio alguna señal de vida como movimiento, llanto o respiro?		¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando ocurrió su primera (segunda, etc.) pérdida (aborto)?				
		P05D15	P05D16						
	MES	AÑO	MESES	SÍ	NO	NO SABE	MESES	SÍ	NO
01				1	2	9		1	2
02				1	2	9		1	2
03				1	2	9		1	2
04				1	2	9		1	2
05				1	2	9		1	2
06				1	2	9		1	2
07				1	2	9		1	2
08				1	2	9		1	2
09				1	2	9		1	2
10				1	2	9		1	2
11				1	2	9		1	2
12				1	2	9		1	2
13				1	2	9		1	2
14				1	2	9		1	2
15				1	2	9		1	2
16				1	2	9		1	2

PARA TODOS LOS HIJOS SOBREVIVIENTES Y FALLECIDOS									
N Ú M E R O  D E  R E G I S T R O	RESIDENCIA DE LA MADRE AL NACIMIENTO			REGISTRO DE NACIMIENTO			LUGAR DE REGISTRO		
	6.1 ¿En qué estado de la República o país vivía usted cuando nació (NOMBRE)?			6.2 ¿Registraron el nacimiento de (NOMBRE) en el registro civil?			6.3 ¿En qué estado de la República o país registraron a (NOMBRE)?		
	AQUÍ ..... 1 OTRO ESTADO O PAÍS (ESPECIFIQUE) . 2			Sí ..... 1 NO ..... 2 NO SABE ..... 9			AQUÍ ..... 1 OTRO ESTADO O PAÍS (ESPECIFIQUE) . 2		
	P06D0101                      P06D0102 →			P06D02 →			P06D0301                      P06D0302 →		
	AQUÍ	OTRO	ESPECIFIQUE	sí	NO	NO SABE	AQUÍ	OTRO	ESPECIFIQUE
01	1	2		1	2	9	1	2	
02	1	2		1	2	9	1	2	
03	1	2		1	2	9	1	2	
04	1	2		1	2	9	1	2	
05	1	2		1	2	9	1	2	
06	1	2		1	2	9	1	2	
07	1	2		1	2	9	1	2	
08	1	2		1	2	9	1	2	
09	1	2		1	2	9	1	2	
10	1	2		1	2	9	1	2	
11	1	2		1	2	9	1	2	
12	1	2		1	2	9	1	2	
13	1	2		1	2	9	1	2	
14	1	2		1	2	9	1	2	
15	1	2		1	2	9	1	2	
16	1	2		1	2	9	1	2	

PASE AL SIGUIENTE HIJO Y SÓLO EN CASO DE HIJO FALLECIDO PASE A 6.5

VI. REGISTRO DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

PARA TODOS LOS HIJOS SOBREVIVIENTES Y FALLECIDOS			HIJOS FALLECIDOS						
EDAD AL REGISTRO			CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				REGISTRO DE DEFUNCIÓN		
N Ú M E R O D E R E G I S T R O	6.4		6.5				6.6		
	¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo registraron?		¿Un médico o persona autorizada les dio un certificado de la muerte o papel donde dice que murió (NOMBRE)?				¿Registraron la muerte de (NOMBRE) en el registro civil?		
	NOSABE MESES ..... 99		SÍ ..... 1	NO ..... 2	NO APLICA ..... 8	NO SABE ..... 9	SÍ ..... 1	NO ..... 2	NO SABE ..... 9
	NO SABE AÑOS ..... 99								
	P06D04MESES	P06D04AÑOS	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     PASE A SIGUIENTE HIJO DESDE 6.1 Y AL TERMINAR CON LA LISTA CONTINUE CON 6.7                 </div>				P06D06		
		→	P06D05					←	
	MESES	AÑOS	SÍ	NO	NO APLICA	NO SABE	SÍ	NO	NO SABE
01	____	____	1	2	8	9	1	2	9
02	____	____	1	2	8	9	1	2	9
03	____	____	1	2	8	9	1	2	9
04	____	____	1	2	8	9	1	2	9
05	____	____	1	2	8	9	1	2	9
06	____	____	1	2	8	9	1	2	9
07	____	____	1	2	8	9	1	2	9
08	____	____	1	2	8	9	1	2	9
09	____	____	1	2	8	9	1	2	9
10	____	____	1	2	8	9	1	2	9
11	____	____	1	2	8	9	1	2	9
12	____	____	1	2	8	9	1	2	9
13	____	____	1	2	8	9	1	2	9
14	____	____	1	2	8	9	1	2	9
15	____	____	1	2	8	9	1	2	9
16	____	____	1	2	8	9	1	2	9

PARA TODAS LAS MUJERES CON ALGUNA PÉRDIDA/ABORTO (QUE CONTESTARON QUE SÍ EN LA PREGUNTA 5.17)

Ahora le voy a preguntar sobre su última pérdida/aborto:

## 6.7 DESEO DEL EMBARAZO

¿En el momento que usted se embarazó:

LEA LAS OPCIONES  
HASTA OBTENER UNA  
RESPUESTA

P06D07

- quería embarazarse? ..... 1  
quería esperar más tiempo? ..... 2  
no quería embarazarse? ..... 3

## 6.8 TIPO DE ABORTO

¿Cómo fue la pérdida/aborto?

P06D0801

- Por causas espontáneas/se interrumpió solo ..... 1  
Tomó/le indicaron tomar pastillas para interrumpirlo . 2  
Tomó/le indicaron ponerse inyecciones  
para interrumpirlo ..... 3  
Le hicieron otro procedimiento para interrumpirlo  
(ESPECIFIQUE) **P06D0802** ..... 4  
\_\_\_\_\_ 4  
\_\_\_\_\_ 4

## 6.9 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL ABORTO

¿Quién la atendió en el momento de la pérdida/aborto?

P06D0901

- Médico ..... 1  
Enfermera ..... 2  
Auxiliar o promotora de salud ..... 3  
Partera o comadrona ..... 4  
Otra persona (ESPECIFIQUE) **P06D0902** ..... 5  
Nadie (ella sola) ..... 6 →  
NO SABE ..... 9

PASE A  
SECCIÓN  
VII

## 6.10 LUGAR DE ATENCIÓN DEL ABORTO

¿Dónde se atendió de la pérdida/aborto?

P06D1001

- Seguro Social (IMSS) ..... 01  
IMSS Oportunidades ..... 02  
ISSSTE ..... 03  
ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) ..... 04  
**Clínica u hospital de la Secretaría de Salud**  
Mediante cuota de recuperación o sin costo ... 05  
Por medio del Seguro Popular ..... 06  
Otros servicios públicos (DIF, etc.) ..... 07  
Consultorio, clínica u hospital privado ..... 08  
Casa de la partera ..... 09  
En su casa ..... 10  
Otro (ESPECIFIQUE) **P06D1002** ..... 11  
NO SABE ..... 99

**VII. PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS**

**MUJER**

7.1 SALUD GENERAL

**Ahora tengo una pregunta sobre su salud, en general ¿cómo calificaría hoy su estado de salud?**

**P07D01**

Muy bueno .....	1
Bueno .....	2
Regular .....	3
Malo .....	4
Muy malo .....	5
NO SABE .....	9

7.2 CONDICIÓN DE EMBARAZO ACTUAL

**Actualmente, ¿está usted embarazada?**

**P07D02**

Sí .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

} → **PASE A 7.4**

7.3 DESEO DEL EMBARAZO ACTUAL

**¿En el momento que usted se embarazó:**

**P07D03**

<b>quería embarazarse?</b> .....	1
<b>quería esperar más tiempo?</b> .....	2
<b>no quería embarazarse?</b> .....	3

7.4 DESEO DE (MÁS) HIJOS

**EMBARAZADA PREGUNTE:** → **Además del hijo que está esperando, ¿le gustaría tener otro?**

**NO EMBARAZADA CON HIJOS NACIDOS VIVOS PREGUNTE:** → **Además de los hijos que ha tenido, ¿le gustaría tener otro?**

**NO EMBARAZADA SIN HIJOS NACIDOS VIVOS PREGUNTE:** → **¿Le gustaría tener hijos?**

**P07D04**

Sí .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

} → **PASE A 7.6**

7.5 TIEMPO ANTES DEL SIGUIENTE (PRIMERO)

**EMBARAZADA PREGUNTE:** → **Después del hijo que está esperando, ¿cuánto tiempo le gustaría esperar para tener a su siguiente hijo?**

**NO EMBARAZADA CON HIJOS NACIDOS VIVOS PREGUNTE:** → **¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener otro hijo?**

**NO EMBARAZADA SIN HIJOS NACIDOS VIVOS PREGUNTE:** → **¿Cuánto tiempo le gustaría esperar para tener un hijo?**

**P07D05**

MENOS DE UN AÑO .....

AÑOS .....

7.6 IDEAL DE HIJOS

CON HIJOS NACIDOS  
VIVOS PREGUNTE:

Si usted pudiera regresar a la época en la cual no tenía hijos y pudiera escoger el número de hijos por tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría?

SIN HIJOS NACIDOS  
VIVOS PREGUNTE:

Si usted pudiera escoger el número de hijos por tener en toda su vida, ¿cuántos hijos tendría?

P07D06

NINGUNO ..... 00

CANTIDAD ..... | | |

8.1 CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A continuación le voy a preguntar sobre los métodos o medios que puede usar una pareja para evitar o retrasar un embarazo.

a) ¿Quisiera usted decirme de qué métodos o medios ha oído hablar?

NO LEA LOS MÉTODOS Y CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA EN LA COLUMNA I.

b) ¿Ha oído hablar de (MÉTODO)?

PARA CADA MÉTODO NO MENCIONADO, LEA SU DESCRIPCIÓN Y PREGUNTE CIRCULANDO LAS RESPUESTAS EN LA COLUMNA II.

c) ¿Está usted o su pareja operada para evitar el embarazo?

SI CONTESTA LAS OPCIONES A) Y B) DE LA COLUMNA I, PREGUNTE Y REGISTRE LAS RESPUESTAS EN LA COLUMNA III.

d) ¿Alguna vez usted o su pareja han usado (MÉTODO) para evitar el embarazo?

PARA CADA RESPUESTA AFIRMATIVA DE LAS COLUMNAS I Y II, PREGUNTE Y CIRCULE LAS RESPUESTAS EN LA COLUMNA III

A)	P08D01AI	P08D01AII	P08D01AIII
B)	P08D01BI	P08D01BII	P08D01BIII
C)	P08D01CI	P08D01CII	P08D01CIII
D)	P08D01DI	P08D01DII	P08D01DIII
E)	P08D01EI	P08D01EII	P08D01EIII
F)	P08D01FI	P08D01FII	P08D01FIII
G)	P08D01GI	P08D01GII	P08D01GIII
H)	P08D01HI	P08D01HII	P08D01HIII
I)	P08D01II	P08D01III	P08D01IIII
J)	P08D01JI	P08D01JII	P08D01JIII
K)	P08D01KI	P08D01KII	P08D01KIII
L)	P08D01LI	P08D01LII	P08D01LIII
M)	P08D01M		

	I	II		III	
		SÍ	NO	SÍ	NO
A) Operación femenina o ligadura de trompas ..... "Una mujer puede operarse para ya no embarazarse"	01	1	2	1	2
B) Operación masculina o vasectomía ..... "Un hombre puede operarse para no embarazar a su pareja"	02	1	2	1	2
C) Pastillas o píldoras ..... "Una mujer puede tomar una pastilla todos los días para no embarazarse"	03	1	2	1	2
D) Inyecciones ..... "Una mujer puede ponerse una inyección cada uno o más meses para evitar embarazarse"	04	1	2	1	2
E) Implante anticonceptivo (subdérmico) ..... "Una mujer puede pedirle a un médico o enfermera que le coloque unos tubitos bajo la piel del brazo para no embarazarse"	05	1	2	1	2
F) Dispositivo, DIU o aparato ..... "Una mujer puede pedirle a un médico o enfermera que le coloque un aparato en forma de espiral o "T" en la matriz para no embarazarse"	06	1	2	1	2
G) Preservativos o condones masculinos ..... "Un hombre puede usar un condón o bolsita de hule durante las relaciones sexuales para no embarazar a su pareja"	07	1	2	1	2
H) Óvulos, jaleas o espumas ..... "Una mujer puede colocarse óvulos, tabletas espumantes, crema o gel en la vagina antes de tener relaciones sexuales para no embarazarse"	08	1	2	1	2
I) Ritmo, calendario o abstinencia periódica ..... "Una pareja puede dejar de tener relaciones sexuales en ciertos días del mes cuando es más probable que la mujer se embarace"	09	1	2	1	2
J) Retiro o coito interrumpido ..... "Un hombre puede tener cuidado durante el acto sexual y retirarse antes de terminar para no embarazar a su pareja"	10	1	2	1	2
K) Anticoncepción de emergencia o píldora del día después ..... "Una mujer puede tomar pastillas o píldoras en los tres días siguientes a una relación sexual para evitar un embarazo"	11	1	2	1	2
L) Otros. ¿Ha oído hablar de alguna otra forma o método para evitar el embarazo? (ESPECIFIQUE) .....	12	1	2	1	2
M) NINGUNO .....	99				

VIII. ANTICONCEPCIÓN

MUJER

8.2 FILTRO

VEA PREGUNTA 8.1, COLUMNA III Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

P08D02

8.3 CONDICIÓN DE USO ACTUAL

¿Actualmente usted o su pareja están haciendo algo para no tener hijos?

P08D03

8.4 MÉTODO DEFINITIVO (ACTUAL)

¿Está usted o su pareja operada para ya no tener hijos?

P08D0401

8.5 TIPO DE MÉTODO (ACTUAL)

¿Qué están utilizando usted o su pareja para no tener hijos?

CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA, EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFIERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO

Nunca usuaria (ningún "Sí" o blanco en columna III) . 1 → PASE A 8.14

Con Operación Femenina ("Sí" en 8.1 inciso A, columna III) ..... 2 → PASE A 8.6

Alguna vez usuaria (al menos un "Sí" en 8.1) ..... 3

Sí ..... 1 → PASE A 8.5

NO ..... 2

Sí ..... 1

↳ ¿Quién? P08D0402

Ella ..... 1 } → PASE A 8.6

Su pareja ..... 2 }

NO ..... 3 → PASE A 8.14

Operación femenina o ligadura de trompas ..... 01 P08D0501

Operación masculina o vasectomía ..... 02 P08D0502

Pastillas o píldoras ..... 03 P08D0503

Inyecciones:

Mensuales ..... 04 P08D0504

Bimestrales ..... 05 P08D0505

Trimestrales ..... 06 P08D0506

Implante anticonceptivo (subdérmico) ..... 07 P08D0507

Dispositivo, DIU o aparato ..... 08 P08D0508

Preservativos o condones masculinos ..... 09 P08D0509

Óvulos, jaleas o espumas ..... 10 P08D0510

Ritmo, calendario o abstinencia periódica P08D0511 11 } → PASE A 8.10

Retiro o coito interrumpido ..... P08D0512 12 }

Anticoncepción de emergencia o píldora del día después ..... P08D0513 13

Otro (ESPECIFIQUE) ..... P08D0514 14 → PASE A 8.10

NORESPONDE ..... P08D0599 99 → PASE A 8.13

8.6 LUGAR DE OBTENCIÓN DE MÉTODO (ACTUAL)

¿Dónde consiguió (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.5) cuando lo empezó a usar?

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → ¿Dónde la(lo) operaron?

DIU O IMPLANTE ANTICONCEPTIVO (SUBDÉRMICO) PREGUNTE: → ¿A dónde fue a que le pusieran (NOMBRE DEL MÉTODO)?

P08D0601

- Seguro Social (IMSS) ..... 01
- IMSS Oportunidades ..... 02
- ISSSTE ..... 03
- ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) ..... 04
- Clinica u hospital de la Secretaría de Salud
  - mediante cuota de recuperación o sin costo ..... 05
  - por medio del Seguro Popular ..... 06
- Otros servicios públicos (DIF, etc.) ..... 07
- Consultorio, clínica u hospital privado ..... 08
- Partera ..... 09
- Farmacia o tienda de autoservicio ..... 10
- Otro (ESPECIFIQUE) **P08D0602** ..... 11
- NORESPONDE ..... 99

PASE A 8.10

8.7 MÉTODO SOLICITADO (ACTUAL)

¿El método que usted utiliza actualmente es el que fue a solicitar?

P08D07

- Sí ..... 1 →
- NO ..... 2
- No había solicitado ningún método ..... 3
- Quería un método, pero no había elegido alguno ..... 4
- NORESPONDE ..... 9

PASE A 8.9

8.8 RAZÓN DE NO OBTENCIÓN

¿Cuál es la razón principal por la que le recetaron (prescribieron) el método que utiliza actualmente?

P08D08

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.9 CALIDAD DEL SERVICIO (ACTUAL)

Antes de que le proporcionaran o recetaran el uso de (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.5):

OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: → Antes de que la(lo) operaran:

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE EL CODIGO CORRESPONDIENTE

SÓLO PARA OPERACIÓN FEMENINA O MASCULINA PREGUNTE: →

- |   | SÍ              | NO | NOSABE |
|---|-----------------|----|--------|
| ¿Le informaron de otros métodos que podía usar? ..... 1   | <b>P08D0901</b> | 2  | 9      |
| ¿Le explicaron sobre las molestias que podía tener? ..... 1                                     | <b>P08D0902</b> | 2  | 9      |
| ¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia? ..... 1                                | <b>P08D0903</b> | 2  | 9      |
| ¿Le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la información que usted necesitaba? ..... 1 | <b>P08D0904</b> | 2  | 9      |
| ¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método? ..... 1                                       | <b>P08D0905</b> | 2  | 9      |
| ¿Le informaron que ya no podría tener más hijos? ..... 1  | <b>P08D0906</b> | 2  | 9      |

VIII. ANTICONCEPCIÓN

MUJER

8.10 FECHA DE INICIO DE USO (ACTUAL)

¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.5) sin interrupción, es decir, en forma continua?

OPERACIÓN FEMENINA  
O MASCULINA  
PREGUNTE:

→ ¿En qué mes y año la(lo) operaron?

MES ..... P08D10MES ..... | | | |

AÑO ..... P08D10AÑO ..... | | | | | |

8.11 MOTIVO DE USO (ACTUAL)

¿Actualmente usa (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.5) para:

OPERACIÓN FEMENINA  
O MASCULINA  
PREGUNTE:

→ ¿Usted (su pareja) se operó para:

- que (usted) no se embarace nunca más? ..... 1
- que (usted) no quede embarazada por un tiempo? ..... 2
- porque se lo indicó el doctor por motivos de salud? ..... 3
- Otro (ESPECIFIQUE) ..... P08D1102 ..... 4

P08D1101

8.12 ACUERDO CON LA PAREJA

¿Su pareja está de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos?

- Sí ..... 1
- NO ..... 2
- NOTIENE PAREJA ..... 3
- NO SABE ..... 9

P08D12

8.13 USO DE MÉTODO ANTERIOR

¿Antes de (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.5) usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos?

- Sí ..... 1 → PASE A 8.16
- NO ..... 2 → PASE A SECCIÓN IX

P08D13

8.14 RAZÓN DE NO USO (ACTUAL)

¿Cuál es la razón principal por la que actualmente no está haciendo algo para no tener hijos?

P08D1401

- Está embarazada ..... 01
- Quiere embarazarse ..... 02
- No lo necesita:
  - porque dejó de tener relaciones sexuales ..... 03
  - porque nunca ha tenido relaciones sexuales ..... 04
  - por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o su pareja ..... 05
  - porque no tiene pareja ..... 06
  - por ausencia temporal de su pareja ..... 07
  - porque no tiene pareja estable ..... 08
- Teme a los efectos secundarios ..... 09
- Tuvo efectos secundarios ..... 10
- Se opone su pareja ..... 11
- Tiene una enfermedad y prefiere no usar nada ..... 12
- Está dando el pecho a uno de sus hijos:
  - y no considera necesario usar método ..... 13
  - y cree que puede haber problemas de salud ..... 14
- Por razones religiosas ..... 15
- Expulsó el DIU ..... 16
- No está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos ..... 17
- No conoce métodos ..... 18
- No sabe cómo se usan los métodos ..... 19
- Otra (ESPECIFIQUE) **P08D1402** ..... 20
- NORESPONDE ..... 99

8.15 FILTRO

VEA LAS PREGUNTAS 8.2 Y 8.4  
Y CIRCULE EL CÓDIGO  
CORRESPONDIENTE

P08D15

- Nunca usuaria (8.2=1) ..... 1 →
- Exusuaria (8.4=3) ..... 2

PASE A  
SECCIÓN  
IX

VIII. ANTICONCEPCIÓN

MUJER

8.16 TIPO DE MÉTODO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO)

¿(Antes de método actual), qué fue lo último que usted o su pareja hicieron para no tener hijos?

CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA, EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFÍERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO

- Operación masculina o vasectomía ..... 01 P08D1601
- Pastillas o píldoras ..... 02 P08D1602
- Inyecciones:
- Mensuales ..... 03 P08D1603
- Bimestrales ..... 04 P08D1604
- Trimestrales ..... 05 P08D1605
- Implante anticonceptivo (subdérmico) ..... 06 P08D1606
- Dispositivo, DIU o aparato ..... 07 P08D1607
- Preservativos o condones masculinos ..... 08 P08D1608
- Óvulos, jaleas o espumas ..... 09 P08D1609
- Ritmo, calendario o abstinencia periódica ..... 10 P08D1610
- Retiro o coito interrumpido ..... 11 P08D1611
- Anticoncepción de emergencia o píldora del día después ..... 12 P08D1612
- Otro (ESPECIFIQUE) ..... 13 P08D1613
- NO RESPONDE ..... P08D1699 99 →

PASE A 8.21

8.17 EFECTIVIDAD (PENÚLTIMO O ÚLTIMO)

¿Se embarazó usted mientras usaba (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.16)?

P08D17

- Sí ..... 1
- NO ..... 2

8.18 RAZÓN DE SUSPENSIÓN O ABANDONO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO)

¿Cuál fue la principal razón por la que dejó de usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.16)?

**P08D1801**

Se embarazó .....	01
Quería embarazarse .....	02
No lo necesitaba:	
porque dejó de tener relaciones sexuales .....	03
porque nunca ha tenido relaciones sexuales .....	04
por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o de su pareja .....	05
porque no tiene pareja .....	06
por ausencia temporal de su pareja .....	07
porque no tiene pareja estable .....	08
Temor a los efectos secundarios .....	09
Tuvo efectos secundarios .....	10
Se opuso su pareja .....	11
Se enfermó y prefirió no usar nada .....	12
Estaba dando el pecho a uno de sus hijos:	
y no consideraba necesario usar método .....	13
y creía que podía haber problemas de salud .....	14
Por razones religiosas .....	15
Expulsó el DIU .....	16
Prefirió otro método .....	17
Desconfiaba de su efectividad .....	18
Otra razón (ESPECIFIQUE) <b>P08D1802</b> .....	19
NORESPONDE .....	99

8.19 FECHA DE INICIO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO)

¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.16)?

MES **P08D19MES** ..... | | | |

AÑO **P08D19AÑO** ..... | | | | | |

8.20 FECHA DE TÉRMINO (PENÚLTIMO O ÚLTIMO)

¿Hasta qué mes y año utilizó (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.16) sin interrupción, es decir, en forma continua?

MES **P08D20MES** ..... | | | |

AÑO **P08D20AÑO** ..... | | | | | |

8.21 CONDICIÓN DE USO ANTERIOR

¿Antes de (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.16) usted o su pareja hicieron algo para no tener hijos?

**P08D21**

SÍ ..... 1

NO ..... 2 → PASE A SECCIÓN IX

VIII. ANTICONCEPCIÓN

MUJER

8.22 TIPO DE MÉTODO (PRIMERO)

¿Qué fue lo primero que usted o su pareja hicieron para no tener hijos?

CIRCULE LOS CÓDIGOS DE TODOS LOS MÉTODOS QUE LE MENCIONE LA ENTREVISTADA, EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS REFÍERASE AL MÉTODO DE MENOR CÓDIGO

Operación masculina o vasectomía .....	01	P08D2201	
Pastillas o píldoras .....	02	P08D2202	
Inyecciones:			
Mensuales .....	03	P08D2203	
Bimestrales .....	04	P08D2204	
Trimestrales .....	05	P08D2205	
Implante anticonceptivo (subdérmico) .....	06	P08D2206	
Dispositivo, DIU o aparato .....	07	P08D2207	
Preservativos o condones masculinos .....	08	P08D2208	
Óvulos, jaleas o espumas .....	09	P08D2209	
Ritmo, calendario o abstinencia periódica .....	10	P08D2210	} → PASE A 8.24
Retiro o coito interrumpido .....	11	P08D2211	
Anticoncepción de emergencia o píldora del día después .....	12	P08D2212	
Otro (ESPECIFIQUE) .....	13	P08D2213	→ PASE A 8.24
NO RESPONDE .....	99	P08D2299	→ PASE A SECCIÓN IX

8.23 LUGAR DE OBTENCIÓN (PRIMERO)

¿Dónde consiguió (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22) cuando lo empezó a usar?

OPERACIÓN MASCULINA PREGUNTE:

→ ¿Dónde lo operaron?

DIU O IMPLANTE (SUBDÉRMICO) PREGUNTE:

→ ¿A dónde fue a que le pusieran (NOMBRE DEL MÉTODO)?

P08D2301

Seguro Social (IMSS) .....	01
IMSS Oportunidades .....	02
ISSSTE .....	03
ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....	04
Clínica u hospital de la Secretaría de Salud	
mediante cuota de recuperación o sin costo .....	05
por medio del Seguro Popular .....	06
Otros servicios públicos (DIF, etc.) .....	07
Consultorio, clínica u hospital privado .....	08
Partera .....	09
Farmacia o tienda de autoservicio .....	10
Otro (ESPECIFIQUE) .....	11
NO RESPONDE .....	99

P08D2302

8.24 EFECTIVIDAD (PRIMERO)

¿Se embarazó usted mientras usaba (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22)?

P08D24

SÍ .....	1
NO .....	2

8.25 RAZÓN DE SUSPENSIÓN O ABANDONO (PRIMERO)

¿Cuál fue la razón principal por la que dejó de usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22)?

CIRCULE UN SOLO  
CÓDIGO

**P08D2501**

Se embarazó .....	01
Quería embarazarse .....	02
No lo necesitaba:	
porque dejó de tener relaciones sexuales .....	03
porque nunca ha tenido relaciones sexuales .....	04
por estar en la menopausia o por esterilidad de ella o de su pareja .....	05
porque no tiene pareja .....	06
por ausencia temporal de su pareja .....	07
porque no tiene pareja estable .....	08
Temor a los efectos secundarios .....	09
Tuvo efectos secundarios .....	10
Se opuso su pareja .....	11
Se enfermó y prefirió no usar nada .....	12
Estaba dando el pecho a uno de sus hijos:	
y no consideraba necesario usar método .....	13
y creía que podía haber problemas de salud ....	14
Por razones religiosas .....	15
Expulsó el DIU .....	16
Prefirió otro método .....	17
Desconfiaba de su efectividad .....	18
Otra razón (ESPECIFIQUE) <b>P08D2502</b> .....	19
NORESPONDE .....	99

8.26 FECHA DE INICIO (PRIMERO)

¿En qué mes y año comenzó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22)?

MES **P08D26MES** ..... | | | |

AÑO **P08D26AÑO** ..... | | | | | |

8.27 FECHA DE TÉRMINO (PRIMERO)

¿Hasta qué mes y año utilizó (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22) sin interrupción, es decir, en forma continua?

MES **P08D27MES** ..... | | | |

AÑO **P08D27AÑO** ..... | | | | | |

8.28 NÚMERO DE HIJOS (PRIMERO)

¿Cuántas hijas e hijos vivos tenía cuando empezó a usar (MÉTODO DE MENOR CÓDIGO EN 8.22)?

**P08D28**

CANTIDAD ..... | | | |

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

**9.1 FILTRO**

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, SECCIÓN V, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE

**P09D0101**

Ningún registro en la historia de embarazos ..... 1 → **PASE A SECCIÓN X**

Con algún registro en la historia de embarazos ..... 2

↳ **Último embarazo ocurrido**

Número de renglón ..... **P09D01REN** [ ] [ ] [ ]

MES ..... **P09D01MES** [ ] [ ] [ ]

AÑO ..... **P09D01AÑO** [ ] [ ] [ ]

→ **ANTES DE ENERO 2002, PASE A SECCIÓN X**

**PARA MUJERES CON UNO O MÁS EMBARAZOS OCURRIDOS DE ENERO DE 2002 A LA FECHA DE LA ENTREVISTA**

**9.2 FILTRO**

VEA LA HISTORIA DE EMBARAZOS, CIRCULE EL CÓDIGO Y ANOTE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO

**P09D0201**

Aborto ..... 1

Mortinato ..... 2

Hijo sobreviviente ..... 3

Hijo fallecido ..... 4

**IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE ..... **P09D02NOM** \_\_\_\_\_

Número de renglón ..... **P09D02REN** [ ] [ ] [ ]

AÑOS ..... **P09D02AÑO** [ ] [ ] [ ]

MESES ..... **P09D02MES** [ ] [ ] [ ]

DÍAS ..... **P09D02DIA** [ ] [ ] [ ]

**9.3 TIEMPO DE REVISIÓN PRENATAL**

¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez, después de que supo que estaba embarazada de (NOMBRE) (su última pérdida)?

REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA

SEMANAS ..... **P09D03SEM** [ ] [ ] [ ]

MESES ..... **P09D03MES** [ ] [ ] [ ]

NO LA REVISARON ..... 98

NO SABE ..... 99 → **PASE A 9.8**

**9.4 PERSONAL DE REVISIÓN PRENATAL**

¿Quién la revisó la mayoría de las veces durante este embarazo?

REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA

**P09D0401**

Médico ..... 1

Enfermera ..... 2

Auxiliar o promotora de salud ..... 3

Partera o comadrona ..... 4

Otra persona (ESPECIFIQUE) ..... **P09D0402** \_\_\_\_\_ 5

NO SABE ..... 9

## 9.5 LUGAR DE REVISIÓN PRENATAL

¿En dónde la revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?

CIRCULE UN SOLO  
CODIGO

P09D0501

Seguro Social (IMSS) .....	01
IMSS Oportunidades .....	02
ISSSTE .....	03
ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....	04
Clínica u hospital de la Secretaría de Salud	
mediante cuota de recuperación o sin costo .....	05
por medio del Seguro Popular .....	06
Otros servicios públicos (DIF, etc.) .....	07
Consultorio, clínica u hospital privado .....	08
Casa de la partera .....	09
En su casa .....	10
Otro (ESPECIFIQUE) _____ P09D0502 .....	11
NO SABE .....	99

## 9.6 CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN PRENATAL

¿Durante las revisiones de este embarazo:

LEA CADA OPCIÓN Y  
CIRCULE EL CODIGO  
CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NOSABE
la pesaron? .....	1	2	9
		P09D0601	
la midieron? .....	1	2	9
		P09D0602	
le tomaron la presión? .....	1	2	9
		P09D0603	
le revisaron el abdomen? .....	1	2	9
		P09D0604	
le hicieron algún ultrasonido? .....	1	2	9
		P09D0605	
le realizaron examen(es) de sangre? .....	1	2	9
		P09D0606	
le realizaron examen(es) general(es) de orina? .....	1	2	9
		P09D0607	
le aplicaron la vacuna contra el tétanos? ...	1	2	9
		P09D0608	
le recetaron ácido fólico, hierro u otro complemento vitamínico? .....	1	2	9
		P09D0609	
le recomendaron dar el pecho? .....	1	2	9
		P09D0610	
le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando su embarazo terminara? .....	1	2	9
		P09D0611	

## 9.7 NÚMERO DE REVISIONES

En total, ¿cuántas revisiones le hicieron en este embarazo?

P09D07

CANTIDAD ..... | | |

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

**9.8 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO**

¿Durante este embarazo tuvo usted:

LEA CADA OPCIÓN Y  
CIRCULE EL CÓDIGO  
CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NOSABE
sangrado vaginal? .....	1	2	9
hinchazón de piernas y/o cara? .....	1	2	9
dolor de cabeza, visión borrosa, lucecitas y zumbido de oídos? .....	1	2	9
contracciones antes de tiempo? .....	1	2	9
azúcar en la sangre? .....	1	2	9
infección en los riñones? .....	1	2	9
ruptura de la fuente antes de tiempo? .....	1	2	9
ataques o convulsiones? .....	1	2	9
hipertensión (presión alta)? .....	1	2	9
otra complicación? (ESPECIFIQUE) .....	1	2	9

**P09D0801**  
**P09D0802**  
**P09D0803**  
**P09D0804**  
**P09D0805**  
**P09D0806**  
**P09D0807**  
**P09D0808**  
**P09D0809**  
**P09D0810**  
**P09D0811**

**9.9 TIEMPO DE TRASLADO**

Desde el momento en que salió del lugar donde se encontraba, ¿cuántos minutos tardó en llegar a donde la atendieron (ayudaron) de este parto (pérdida)?

**P09D09**

MINUTOS .....	_ _ _
SIN TRASLADO .....	000
NO SABE .....	999

**9.10 PERSONAL DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)**

¿Quién la atendió (ayudó) en el momento del parto (pérdida)?

REGISTRE UNA SOLA  
RESPUESTA

**P09D101**

Médico .....	1
Enfermera .....	2
Auxiliar o promotora de salud .....	3
Partera o comadrona .....	4
Otra persona (ESPECIFIQUE) <b>P09D1002</b> .....	5
Nadie (ella sola) .....	6
NO SABE .....	9

PASE A  
9.12

**9.11 LUGAR DE ATENCIÓN EN EL PARTO (ABORTO)**

En el momento del parto (pérdida) ¿dónde la atendieron (ayudaron)?

REGISTRE UNA SOLA  
RESPUESTA

**P09D1101**

Seguro Social (IMSS) .....	01
IMSS Oportunidades .....	02
ISSSTE .....	03
ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....	04
Clínica u hospital de la Secretaría de Salud	
mediante cuota de recuperación o sin costo .....	05
por medio del Seguro Popular .....	06
Otros servicios públicos (DIF, etc.) .....	07
Consultorio, clínica u hospital privado .....	08
Casa de la partera .....	09
En su casa .....	10
Otro (ESPECIFIQUE) <b>P09D1102</b> .....	11
NO SABE .....	99

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

**9.12 COMPLICACIONES EN EL PARTO (PÉRDIDA)**

¿Durante el parto (pérdida):

LEA CADA OPCIÓN Y  
CIRCULE EL CÓDIGO  
CORRESPONDIENTE

	SÍ	NO	NOSABE
tuvo sangrado abundante o grave? .....	1	2	9
tuvo presión alta? .....	1	2	9
tuvo ataques o convulsiones? .....	1	2	9
le bajó mucho la presión? .....	1	2	9
tuvo otra complicación? (ESPECIFIQUE) .....	1	2	9

**P09D1201**  
**P09D1202**  
**P09D1203**  
**P09D1204**  
**P09D1205**  
**P09D1206**

**9.13 TIEMPO DE REVISIÓN POSPARTO (POSPÉRDIDA)**

¿Cuántos días o meses después del parto (pérdida) la revisaron nuevamente?

REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA

DÍAS .....	<b>P09D13DIA</b>	__ __
SEMANAS .....	<b>P09D13SEM</b>	__ __
MESES .....	<b>P09D13MES</b>	__ __
NO LA REVISARON .....	88	→
NO SABE .....	99	<b>P09DNS</b>

PASE A 9.15

**9.14 LUGAR DE REVISIÓN POSPARTO**

Después del parto (pérdida) ¿a qué institución o lugar fue a revisión?

REGISTRE UNA SOLA  
RESPUESTA

Seguro Social (IMSS) .....	01
IMSS Oportunidades .....	02
ISSSTE .....	03
ISSSTE estatal (ISSEMYM, ISSSTEZAC, etc.) .....	04
Clínica u hospital de la Secretaría de Salud	
mediante cuota de recuperación o sin costo .....	05
por medio del Seguro Popular .....	06
Otros servicios públicos (DIF, etc.) .....	07
Consultorio, clínica u hospital privado .....	08
Casa de la partera .....	09
En su casa .....	10
Otro (ESPECIFIQUE) <b>P09D1402</b> .....	11
NO SABE .....	99

**P09D1401**

**9.15 REGRESO DE LA REGLA**

¿Cuánto tiempo después del parto (pérdida) le regresó su regla?

**P09D15**

MESES .....	__ __
NO LE HA REGRESADO .....	88

**9.16 OFRECIMIENTO DE MÉTODOS**

Durante los primeros 40 días después de este parto (pérdida), ¿le ofrecieron algún método anticonceptivo?

**P09D16**

SÍ .....	1
NO .....	2
NO SABE .....	9

PASE A 9.18

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

9.17 MÉTODO OFRECIDO

¿Qué método le ofrecieron?

**P09D1701**

Operación femenina o ligadura de trompas .....	1
Dispositivo (DIU) .....	2
Pastillas o píldoras .....	3
Inyecciones .....	4
Otro (ESPECIFIQUE) <b>P09D1702</b> .....	5
NO RESPONDE .....	9

9.18 FILTRO

VEA LA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

**P09D18**

ABORTO .....	1	→	PASE A SECCIÓN X
HIJO SOBREVIVIENTE, HIJO FALLECIDO OMORTINATO .....	2		

9.19 TIPO DE PARTO

¿Este parto fue:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA

**P09D19**

normal? .....	1
por cesárea programada? .....	2
por cesárea de emergencia? .....	3

9.20 OTRAS COMPLICACIONES EN EL PARTO

¿Durante el parto:

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA

	SÍ	NO	NO SABE
se le rompió la fuente antes de que sintiera dolores? .....	1	2	9
el(la) niño(a) venía de pies o sentado(a)? ..	1	2	9
el(la) niño(a) traía el cordón umbilical enredado? .....	1	2	9
tuvo otra complicación? (ESPECIFIQUE) .....	1	2	9
<b>P09D2001</b>			
<b>P09D2002</b>			
<b>P09D2003</b>			
<b>P09D2004</b>			
<b>P09D2005</b>			

9.21 FILTRO

VEA LA PREGUNTA 9.2 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

**P09D21**

MORTINATO .....	1	→	PASE A SECCIÓN X
HIJO SOBREVIVIENTE O HIJO FALLECIDO .....	2		

9.22 EDAD GESTACIONAL

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre (NOMBRE).

¿Cuántos meses estuvo embarazada de (NOMBRE)?

**P09D22**

Menos de 7 meses .....	1
De 7 a menos de 8 meses .....	2
De 8 a menos de 9 meses .....	3
9 meses .....	4
Más de 9 meses .....	5
NO SABE .....	9

9.23 PESO AL NACER

¿Cuánto pesó (NOMBRE) al nacer?

**P09D23**

PESO .....	
NO LO PESARON .....	<b>8.888</b>
NO SABE .....	<b>9.999</b>

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

9.24 CONDICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

¿Le dió usted el pecho a (NOMBRE)?

**P09D24**

SÍ ..... 1 → **PASE A 9.26**

NO ..... 2

9.25 RAZÓN DE NO LACTANCIA

¿Por qué no le dio pecho a (NOMBRE)?

**P09D2501**

Murió a las horas de nacido(a) ..... 1

Por enfermedad del(la) niño(a) ..... 2

El(la) niño(a) lo rechazó ..... 3

Estaba enferma ..... 4

Nunca tuvo leche ..... 5 → **PASE A 9.28**

No tuvo suficiente leche ..... 6

Por indicación médica ..... 7

Nunca recibió asesoría del personal que la atendió . 8

Otra razón (ESPECIFIQUE) **P09D2502** ..... 9

9.26 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Cuánto tiempo de nacido(a) tenía (NOMBRE), cuando le empezó a dar el pecho?

**REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA**

HORAS **P09D26MES** ..... | | |

DÍAS **P09D26DIA** ..... | | |

NO SABE ..... **99**

9.27 DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

¿Durante cuánto tiempo le dió (ha dado) a (NOMBRE) el pecho?

**REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA**

DÍAS **P09D27DIA** ..... | | |

MESES **P09D27MES** ..... | | |

AÑOS **P09D27AÑO** ..... | | |

AÚN TOMA EL PECHO ..... **00**

NO SABE ..... **99** **P09D27NS**

9.28 EDAD A LA PRIMERA REVISIÓN

¿Qué edad tenía (NOMBRE) cuando lo(a) revisaron la primera vez?

**REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA**

DÍAS **P09D28DIA** ..... | | |

SEMANAS **P09D28SEM** ..... | | |

MESES **P09D28MES** ..... | | |

NO LO(A) REVISARON ..... **88**

NO SABE ..... **99** **P09D28NS**

**IX. SALUD MATERNO INFANTIL (ÚLTIMO EMBARAZO)**

**MUJER**

9.29 INICIO DE OTROS ALIMENTOS

¿Cuántos meses tenía (NOMBRE) cuando le empezó a dar:

MENOS DE UN MES, ANOTE "00"  
NO LE HA DADO ALIMENTO, ANOTE "88"  
NO SABE, ANOTE "99"

- agua o té? ..... | | | P09D2901
- leche en polvo, de vaca, etc.? ..... | | | P09D2902
- atole o cereales? ..... | | | P09D2903
- jugo (frutas o verduras)? ..... | | | P09D2904
- caldo (frijoles, res o pollo)? ..... | | | P09D2905
- puré de frutas o verduras? ..... | | | P09D2906
- puré de res o pollo? ..... | | | P09D2907
- sopa, tortillas o pan? ..... | | | P09D2908
- huevo? ..... | | | P09D2909

9.30 NÚMERO DE REVISIONES AL INFANTE

¿Cuántas veces revisaron o han revisado a (NOMBRE) durante su primer año de vida?

P09D30

- NÚMERO DE REVISIONES ..... | | |
- NO LA REVISARON ..... 88 →
- NO SABE ..... 99

PASE A  
9.32

9.31 PERSONAL DE REVISIÓN AL INFANTE

¿Quién revisó a (NOMBRE) la mayoría de las veces durante su primer año de vida?

REGISTRE UNA SOLA RESPUESTA

P09D3101

- Médico ..... 1
- Enfermera ..... 2
- Auxiliar o promotora de salud ..... 3
- Partera o comadrona ..... 4
- Otra persona (ESPECIFIQUE) ..... 5
- NO SABE ..... 9

9.32 VACUNAS

¿Cuántas veces le han puesto a (NOMBRE) la vacuna:

LEA CADA OPCIÓN Y ANOTE EL NÚMERO DECLARADO  
SI NO LE HAN PUESTO LA VACUNA ANOTE "0"  
SI LE HAN APLICADO 7 O MÁS ANOTE "7"  
SI NO SABE EL NÚMERO DE DOSIS ANOTE "8"  
SI NO SABE SI LE HAN PUESTO LA VACUNA ANOTE "9"

- que deja cicatriz en el hombro derecho, contra la tuberculosis (BCG)? ..... | | P09D3201
- de las gotitas en la boca, contra la polio (SABIN)? ..... | | P09D3202
- que se pone en el muslo (piernita) (pentavalente DPT+HB+HIB)? ..... | | P09D3203
- la que deja cicatriz en el brazo izquierdo (triple viral -sarampión, rubéola y paperas-)? ..... | | P09D3204

**X. NUPCIALIDAD**

**MUJER**

**10.1 EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL**

Las siguientes preguntas son sobre su actividad sexual, la información que nos proporcione es confidencial y sólo tiene fines estadísticos.

¿Qué edad tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?

**P10D01**

EDAD ..... | | |

NO HATENIDO RELACIONES ..... 88

NO RESPONDE ..... 99

PASE A  
10.3

**10.2 FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES**

¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales en los últimos dos meses?

**P10D02**

FRECUENCIA ..... | | |

NO HATENIDO RELACIONES ..... 00

NO RESPONDE ..... 99

**10.3 SITUACIÓN CONYUGAL**

¿Actualmente usted:

**P10D03**

vive en unión libre? ..... 1 →

PASE A  
10.5

es separada

de una unión libre? ..... 2

de un matrimonio? ..... 3

es divorciada? ..... 4

es viuda

de una unión libre? ..... 5

de un matrimonio? ..... 6

es casada? ..... 7 →

PASE A  
10.5

es soltera? ..... 8 →

PASE A LA  
SIGUIENTE  
MUJER

**10.4 FECHA ÚLTIMA DISOLUCIÓN**

¿En qué mes y año terminó su último(a) matrimonio (unión)?

MES **P10D04MES** ..... | | |

AÑO **P10D04AÑO** ..... | | | | |

**10.5 FECHA INICIO (UNIÓN ACTUAL)**

¿En qué mes y año comenzó su matrimonio (unión)?

MES **P10D05MES** ..... | | |

AÑO **P10D05AÑO** ..... | | | | |

**10.6 FILTRO**

VEA LA PREGUNTA 10.3 Y CIRCULE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

**P10D06**

UNIÓN ACTUAL O ÚLTIMA DISOLUCIÓN DE UN MATRIMONIO (10.3=3 Ó 10.3=4 Ó 10.3=6 Ó 10.3=7) ..... 1

UNIÓN ACTUAL O ÚLTIMA DISOLUCIÓN DE UNA UNIÓN LIBRE (10.3=1 Ó 10.3=2 Ó 10.3=5) ... 2 →

PASE A  
10.9

**X. NUPCIALIDAD**

**MUJER**

10.7 CONDICIÓN COHABITACIÓN PREMARITAL  
**Antes de (MES Y AÑO DE 10.5), ¿habían vivido juntos algún tiempo?**  
P10D07

---

10.8 FECHA INICIO COHABITACIÓN PREMARITAL  
**¿En qué mes y año empezaron a vivir juntos?**

---

10.9 UNIONES ANTERIORES  
**Antes de su unión actual (última unión), ¿tuvo usted otra unión o matrimonio?**  
P10D09

---

10.10 NÚMERO DE UNIONES ANTERIORES  
**Sin contar su unión actual (última unión) ¿Cuántas veces estuvo usted casada o unida?**  
P10D10

---

10.11 FECHA INICIO UNIÓN  
**¿En qué mes y año comenzó su primera unión o matrimonio?**

---

10.12 TIPO DE DISOLUCIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN  
**¿Este(a) matrimonio (unión) se terminó por:**  
P10D12

---

10.13 FECHA DE LA DISOLUCIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN  
**¿En qué mes y año terminó este(a) matrimonio (unión)?**

---

10.14 TIPO DE UNIÓN (PRIMERA)  
**¿Esta fue:**  
P10D14

---

10.15 CONDICIÓN COHABITACIÓN DE LA PRIMERA UNIÓN  
**Antes de casarse, ¿habían vivido juntos algún tiempo?**  
P10D15

---

10.16 FECHA INICIO DE COHABITACIÓN  
**¿En qué mes y año comenzaron a vivir juntos?**

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2 → PASE A 10.9

MES P10D08MES ..... | | | |  
 AÑO P10D08AÑO ..... | | | | | |

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2 → PASE A LA SIGUIENTE MUJER

VECES ..... | | | |

MES P10D11MES ..... | | | |  
 AÑO P10D11AÑO ..... | | | | | |

separación? ..... 1  
 viudez? ..... 2  
 divorcio? ..... 3

MES P10D13MES ..... | | | |  
 AÑO P10D13AÑO ..... | | | | | |

una unión libre? ..... 1 → PASE A LA SIGUIENTE MUJER  
 un matrimonio? ..... 2

SÍ ..... 1  
 NO ..... 2 → PASE A LA SIGUIENTE MUJER

MES P10D16MES ..... | | | |  
 AÑO P10D16AÑO ..... | | | | | |



## RESPECTO A LAS PERSONAS

De acuerdo al **Artículo 13, párrafo primero del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y su bienestar."

## OBLIGATORIEDAD

MUJER

De acuerdo con el **Artículo 42, párrafo primero, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los informantes estarán obligados a proporcionar con veracidad y oportunidad los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y a prestar el auxilio y cooperación que requieran las mismas."

## CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

## OBSERVACIONES

OBSER

## RECUADRO DE CONTROL

	SUPERVISADO POR	VALIDADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE	SUPNOMBRE	VALNOMBRE	CAPNOMBRE
CLAVE	SUPCLAVE  _ _ _ _ _ _ _	VALCLAVE  _ _ _ _ _ _ _	CAPCLAVE  _ _ _ _ _ _ _
FECHA (ddmmaa)	SUPFECHA  _ _ _ _ _ _ _	VALFECHA  _ _ _ _ _ _ _	CAPFECHA  _ _ _ _ _ _ _