PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TEMA:

ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE ACUERDO CON LA ENSANUT 2018

TUTOR:

IVAN DUEÑAS ESPIN

POSTGRADISTAS:

ESTEFANÍA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA

JONATHAN JOAQUIN ZAMBRANO SOSA

2021

ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE ACUERDO CON LA ENSANUT 2018

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Asociación entre lactancia materna exclusiva a los 6 meses y el desarrollo psicomotor infantil en la población ecuatoriana de acuerdo con la ENSANUT 2018

LUGAR:

Esta investigación se desarrolló en Ecuador utilizando la información derivada de la encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2018

AUTORES:

Estefanía Zorayda Saavedra Moreira, MD.[1]

Medico Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Pablo

Jonathan Joaquín Zambrano Sosa, MD.[2]

Medico Posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Jipijapa

Director de Disertación: Iván Dueñas, MD.

LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUSNCRIBE ESTE PROYECTO

- **LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Salud integral, determinación social de la salud y desarrollo humano
    - **SUBLINEA:** Fomento, prevención y promoción de la salud
        - Lactancia Materna y desarrollo Psicomotor

[1] Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Correo: ezsaavedra@puce.edu.ec

[2] Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Correo: jjzambranos@puce.edu.ec

AGRADECIMIENTO

La gratitud no es deber es un sentimiento que nace del servicio recibido y hace que no existan palabras para describirla cuando te das cuenta de que todos lo dieron todo sin medida.

En primer lugar, queremos dar Gracias infinitas al Dios supremo ya que el es el único que ha permitido cumplir todos y cada uno de nuestros anhelos.

A nuestra querida Alma Mater que abrió sus puertas para obtener este ascenso en nuestras vidas profesionales. Así también agradecemos a todos y cada uno de nuestros Docentes que día a día compartieron sus sabios conocimientos para enriquecer nuestras mentes y así poder cumplir el anhelo de ser Médicos de Familia.

Gracias a nuestro director de tesis, compañeros y porque no decirlo a los centros médicos dónde nos capacitamos mediante la experiencia real de cada caso médico, así también un agradecimiento a nuestros pacientes, sin los cuales sería inútil cada esfuerzo realizado.

Agradecemos de manera especial a nuestras familias, sin quienes no podríamos ser lo que somos el día de hoy.

TABLA DE CONTENIDO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ***III***

LUGAR: ***III***

AUTORES: ***III***

LINEA DE INVESTIGACIÓN EN LA QUE SE CIRCUSNCRIBE ESTE PROYECTO ***III***

AGRADECIMIENTO ***IV***

TABLA DE CONTENIDO ***V***

LISTA DE TABLAS ***VII***

LISTA DE FIGURAS ***VIII***

RESUMEN ***X***

ABSTRACT ***XI***

CAPITULO I ***1***

1. INTRODUCCIÓN ***1***

2. JUSTIFICACIÓN ***5***

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN ***7***

4. Objetivo General ***8***

5. Objetivos Específicos ***8***

CAPITULO II ***9***

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ***9***

7. HIPOTESIS ***18***

CAPITULO III ***18***

8. METODOLOGÍA ***18***

8.1 Diseño De Estudio **18**

8.2 Universo De Estudio **18**

8.3 Muestra **18**

8.4 Lugar De Estudio **18**

14.5 Instrumentos De Investigación **18**

14.6 Lugar De Tiempo Y Espacio **18**

CONSIDERACIONES MUÉSTRALES DE LA ENSANUT 2018 19

Consideraciones muestrales para el cálculo inferencial 19

14.7 Mediciones **19**

14.8 Variables **19**

- Variable dependiente 19
- Variable independiente 19

- Factores de confusión 20

14.9 Operacionalización de las variables 20

15 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO 27

16 ASPECTOS BIOETICOS 27

17 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 27

18 CRONOGRAMA 28

CAPITULO IV 30

19 RESULTADOS 30

Estadística Descriptiva 30

CAPITULO V 74

DISCUSIÓN 74

CAPITULO VI 76

CONCLUSIONES 76

RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN A FUTURO Y OTRAS RECOMENDACIONES 77

BIBLIOGRAFÍA 78

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables ____ *20*
Tabla 2 1ª.- Datos sociodemográficos ____ *31*
Tabla 3 1b.- Datos prenatales, natales y posnatales ____ *37*
Tabla 4 1c.- Datos desarrollo infantil ____ *45*
Tabla 5 2ª.- Datos sociodemográficos ____ *55*
Tabla 6 2b.- Datos prenatales, natales y posnatales. ____ *60*
Tabla 7 2c.- Datos desarrollo infantil ____ *68*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Estado Civil de las mujeres encuestadas según la ENSANUT _____ *33*

Figura 2 Nivel de Instrucción de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *33*

Figura 3 Cobertura de salud que tienen las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 *34*

*Figura 4 Bono de desarrollo humano que recibieron las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018*_____ *34*

Figura 5 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _ *35*

Figura 6 Género de los lactantes encuestados según la ENSANUT 2018 _____ *35*

Figura 7 Tipo de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *40*

Figura 8 Lugar de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *40*

Figura 9 Apego inmediato, lactancia materna en la primera hora de vida y ligadura oportuna del cordón umbilical de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *41*

*Figura 10 Tiempo de espera para realizar el corte del cordón umbilical de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018*_____ *41*

Figura 11 Control posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *42*

Figura 12 Complicaciones obstétricas de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 *42*

Figura 13 Complicaciones neonatales de los niños encuestados según la ENSANUT 2018 _ *43*

Figura 14 Depresión posparto en las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *43*

*Figura 15 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes los niños encuestados según la ENSANUT 2018*_____ *50*

*Figura 16 Horas que permanecen solos los niños encuestados según la ENSANUT 2018*__ *50*

Figura 17 Cuidado de los niños encuestados por parte de familiares según la ENSANUT 2018 _____ *51*

Figura 18 Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene la familia según la ENSANUT 2018 _____ *51*

Figura 19 Estímulos a los niños según la ENSANUT 2018 _____ *52*

Figura 20 Estímulos realizados a los niños según la ENSANUT 2018 _____ *52*

Figura 21 Respuesta de la madre a la cuidadora según la ENSANUT 2018 _____ *53*

Figura 22 Cuestionario HOME aplicado en la ENSANUT 2018 _____ *53*

*Figura 23 Hitos alcanzados en los niños según la ENSANUT 2018*_____ *54*

Figura 24 Estado Civil de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *56*

*Figura 25 Nivel de instrucción de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018*_____ *56*

Figura 26 Cobertura de salud de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 _____ *57*

Figura 27 Bono de desarrollo humano que recibieron las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 57
Figura 28 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 58
Figura 29 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 58
Figura 30 Sexo de los lactantes encuestados según la ENSANUT 2018 59
Figura 31 Tipo de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 63
Figura 32 Practicas sanitarias durante el parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 63
Figura 33 Bajo peso al nacer de los niños encuestados según la ENSANUT 2018 64
Figura 34 Control posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 64
Figura 35 Complicaciones posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 65
Figura 36 Complicaciones neonatales de los niños encuestados según la ENSANUT 2018 65
Figura 37 Depresión posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018 66
Figura 38 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes 66
Figura 39 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes los niños encuestados según la ENSANUT 2018 70
Figura 40 Horas que permanecen solos los niños encuestados según la ENSANUT 2018 70
Figura 41 Cuidado de los niños encuestados por parte de familiares según la ENSANUT 2018 71
Figura 42 Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene la familia según la ENSANUT 2018 71
Figura 43 Estímulos realizados a los niños según la ENSANUT 2018 72
Figura 44 Respuesta de la madre a la cuidadora según la ENSANUT 2018 72
Figura 45 Hitos alcanzados en los niños según la ENSANUT 2018 73

RESUMEN

Crecimiento y desarrollo resultan de la sumatoria de múltiples factores, de los que, la nutrición, juega un papel trascendental. Los primeros años de vida se caracterizan por una explosión de habilidades motoras y cognitivas, cuya secuencia y momento de aparición dependen estrechamente de las condiciones en las que esos niños viven. Nuestra investigación tuvo como objetivo analizar una posible asociación independiente entre la práctica de la lactancia materna exclusiva a los seis meses y el adecuado desarrollo psicomotor, en especial en el dominio del desarrollo del lenguaje, de los niños menores de 5 años. Para esto se analizaron los resultados de desarrollo infantil recabados mediante los instrumentos como el Test de Vocabulario Peabody, MICS (Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados) y el inventario Home, en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) 2018. Métodos: diseño transversal analítico epidemiológico. Población: ENSANUT 2018 encuesto un total de 46.656 viviendas. Se procedió a evaluar la existencia de asociaciones significativas e independientes entre las variables mencionadas empleando la odds ratio (OR). Resultados: Con respecto a la estimación de las diferencias en las diferentes variables explicativas entre quienes cumplieron algún hito de desarrollo versus quienes no, no conseguimos detectar diferencias significativas entre las diferentes variables explicativas para cada grupo de aquellos que cumplieron versus aquellos que no algún hito del desarrollo motor grueso en lactantes de ≤6 meses. En base a los datos obtenidos en esta investigación no se ha logrado establecer una clara y directa relación entre la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad y el desarrollo psicomotor de los niños encuestados en la ENSANUT 2018.

ABSTRACT

Growth and development result from the sum of multiple factors, of which nutrition plays a transcendental role. The first years of life are characterized by an explosion of motor and cognitive skills, the sequence and timing of which depend closely on the conditions in which these children live. Our research aimed to analyze a possible independent association between the practice of exclusive breastfeeding at six months and the adequate psychomotor development, especially in the domain of language development, of children under 5 years of age. For this purpose, the results of child development collected through instruments such as the Peabody Vocabulary Test, MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) and the Home inventory, in the National Health and Nutrition Survey (ENSANUT) 2018, will be analyzed. Methods: epidemiological analytical cross-sectional design. Population: ENSANUT 2018 surveyed a total of 46,656 households. We proceeded to evaluate the existence of significant and independent associations between the variables mentioned using the odds ratio (OR). Results: Regarding the estimation of the differences in the different explanatory variables between those who met some developmental milestone versus those who did not, we failed to detect significant differences between the different explanatory variables for each group of those who met versus those who did not meet some gross motor developmental milestone in infants aged ≤6 months. Based on the data obtained in this research, we failed to establish a clear and direct relationship between exclusive breastfeeding at six months of age and the psychomotor development of the children surveyed in the ENSANUT 2018.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El amamantamiento exclusivo es el pilar fundamental de la alimentación correcta, balanceada y promotora de buena salud. Para que cumpla estas características debe de ser totalmente exclusiva durante los primeros seis meses de vida y, luego de esto, debe ser complementada con la introducción de nuevos alimentos. (Ares Segura et al., 2016)

Desde los comienzos de la antigua Grecia la lactancia de los niños y sus provechos frente a otras formas de nutrición ha sido motivo de duda, especulación e investigación. En el siglo XVI se creía que a través de la leche materna se transmitía a los hijos las cualidades mentales y morales que provenían de la madre. (Wickes, 1953).

Las ventajas de la lactancia exclusiva sobre la lactancia complementaria para la nutrición y desarrollo de los infantes en el inicio de la vida ha sido asentada en múltiples estudios científicos, los cuales indican como aumentan los riesgos de presentar patologías en los bebes que consumían lactancia complementaria, incluyendo un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y durante el primer año, además de presentar en mayor frecuencia trastornos del aparato gastrointestinal, respiratorio además del urinario aumentando la posibilidad de hospitalizaciones y complicaciones. Además, se ha mencionado que los lactantes que han sido alimentados con sucedáneos de la leche materna presentan en mayor regularidad enfermedades como: dermatitis atópica, asma, obesidad, enfermedad celíaca, alergia, diabetes, esclerosis, EII, aumento de la probabilidad de presentar cáncer de mamas en las niñas al llegar a la edad adulta. Estos niños también presentan alto riesgo

de presentar maltrato del infante, trastornos psiquiátricos como hiperactividad, depresión y ansiedad; así como, coeficiente intelectual bajo. (Comité de Lactancia Materna · Asociación Española, 2012)

Se realizo un análisis de noventa y ocho estudios diferentes de los PBMI analizando los desniveles económicos en base a los quintiles de riqueza dentro de los países se pudo determinar que la desigualdad en materia económica en la lactancia materna exclusiva era mínina pero las diferencias en las tasas de continuidad de la lactancia fueron permanentes: las familias de bajos recursos económicos tienden a continuar con la lactancia materna por tiempos prolongados en comparación con las familias que tenían mayor capacidad adquisitiva en todos los grupos de países, en especial los países de menores ingresos. Otras investigaciones arrojaron resultados idénticos, aunque los mismos fueron en treinta y tres países. (Siu et al., 2016)

En el año 1990 se registró literatura que indica que los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga que se encuentran en la leche de la madre son quienes estarían implicados en el aumento del desarrollo cognitivo ya que estos actúan como nutrientes esenciales tanto en el desarrollo cerebral como retiniano del mismo; sin embargo, estos mecanismos aún no se conocen con exactitud.(Gómez Manuela, 2004)

Entendemos por desarrollo psicomotor a las diferentes etapas por las cuales atraviesa el niño desde el momento de su nacimiento hasta lograr la gradual adquisición de destrezas de tipo motrices, del habla, de habituación además de la interacción con el medio. Se considera que hasta los dos años existe la mayor adquisición de estas habilidades. La palabra «psicomotor» señala la

relación de aspectos psicológicos, motrices y sociales. Se considera de vital importancia dentro del discernimiento del desarrollo psicomotor es su entendimiento como un proceso complejo y a la vez cambiante el cual es resultado de la maduración neurobiológica la cual se interrelaciona de manera constante tanto psicológica como socialmente. (Perez, 2017)

Se considera que el desarrollo psicomotor es un proceso cambiante, profundo, activo y multidimensional que se origina de factores genéticos y medioambientales, que va desde el momento en el que el niño nace hasta llegar a la etapa adolescente, durante la cual los infantes empiezan a controlar niveles más complejos de moverse, pensar, sentir además de las relaciones interpersonales. (Peraza Roque, 2000)

En 1929 Hoefer y Hardy plantearon la hipótesis que la lactancia materna influía sobre el desarrollo mental del niño, además del físico. A pesar de que esta primera relación se estableció hace casi cien años en la actualidad son pocos los estudios que afirmen o nieguen una relación directa entre estas variables, algunos de estos son totalmente controvertidos. (Gómez M, 2004)

Grace y cols., en un estudio de 2.868 infantes de Australia, logro evidenciar que el vínculo entre lactancia materna y las competencias motrices se conservaban a los diez, catorce y diecisiete años. Sin embargo, Tozzi y col, al analizar una cohorte de 1.403 infantes de diez a doce años, manifestó que, en niños saludables, el impacto de la permanencia de la lactancia materna en el desarrollo neurocognitivo poseía una escasa relevancia clínica, dependiendo principalmente de la estimulación y educación por parte de los padres. (Gerardo Weisstaub et al., 2017a) No obstante, si hablamos en términos poblacionales, la lactancia materna podría influir positivamente, aun cuando sean apenas unos pocos puntos de mejora en el desarrollo psicomotor infantil.

Se logro relacionar que la lactancia materna tiene un impacto relevante en las evaluaciones intelectuales de los niños y adolescentes elevando el coeficiente intelectual entre tres y cuatro puntos. Esto se determinó en base a los resultados de dieciséis estudios de tipo observacional, los cuales analizaron de manera inclusiva los factores de confusión. (Siu et al., 2016)

Con esos antecedentes, y con el propósito de contribuir a estimar el Real impacto de la lactancia materna exclusiva el desarrollo psicomotor de los lactantes en el Ecuador, con el fin de justificar de mejor manera la implementación de políticas que tomaron la lactancia materna , el presente trabajo final de titulación pretende encontrar una asociación entre la práctica de la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor infantil en niños de seis meses, enfatizado en evaluar esa asociación en el área de lenguaje, empleando la información individual obtenida en la encuesta nacional de salud (ENSANUT) 2018, misma que es representativa de la población ecuatoriana

2. JUSTIFICACIÓN

El adecuado desarrollo psicomotor de cada infante es imprescindible debido al impacto que tiene este a lo largo de su vida. Este proceso se da de manera fundamental durante el primer año de vida pudiéndose prolongar hasta el tercer año.

El desenvolvimiento de los infantes requiere de la maduración del sistema nervioso, del entorno en el que se relaciona además de proporcionar las necesidades requeridas para continuar con su desarrollo personal, además de la formación de su temperamento como de su personalidad. Todo esto sumado a la continua interrelación, progreso gradual y modificaciones mutuas. Esta interrelación es una característica del crecimiento del infante, y la palabra «psicomotor» lo clarifica. (perez, 2017)

A pesar de que no se encuentra la razón, hay estudios que evidencian una relación lineal tipo "dosis respuesta" entre la permanencia del amamantamiento, exclusivo y/o continuo, y el desarrollo psicomotor, siendo esta conexión independiente de la singularidad de los infantes o sus padres. Algunas de las explicaciones de estas asociaciones pueden ser el contenido de ácidos grasos poliinsaturados esenciales en la leche materna, la mejora del vínculo madre-hijo, y el nivel de alerta que tienen las madres para detectar los problemas motores de sus hijos y el mayor estímulo al desarrollo del lactante. (Gerardo Weisstaub et al., 2017a)

Actualmente se describe un gran debate con respecto a la posibilidad de como la lactancia materna influye en el desarrollo cognitivo de los infantes, debido a los resultados opuestos que se evidenciaron en diferentes investigaciones publicadas. Estudios observacionales de cohortes

utilizados para estos análisis, generan controversia debido en parte a la gran complejidad que existe para poder estudiar y cuantificar de manera precisa la mencionada influencia considerando al mismo tiempo todos los posibles factores que de manera positiva o negativa pueden influir sobre la relación estudiada. Se ha encontrado también que estos estudios no han sido idóneos para lograr conservar el poder estadístico adecuado cuando se controlaba por factores de confusión, tales como habilidad o coeficiente intelectual de los progenitores u otros factores que pudieran explicar estos hallazgos.

Es importante estimar si el fomento de la lactancia materna provocaría un incremento positivo de los indicadores de desarrollo y en qué medida lo haría. De esta manera podría intentar estimarse el impacto positivo del Fomento de la lactancia materna sobre el ámbito del desarrollo psicomotor infantil. Este estudio permitirá aportar con insumos para la toma de decisiones al fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna en ámbitos de las políticas de salud pública.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Debido a que actualmente existen barreras y factores que dificultan el inicio y mantenimiento de la práctica de la lactancia materna, tales como el nivel socioeconómico bajo y alto, el bajo grado de escolaridad, la insuficiente información sobre los beneficios de esta práctica, o el retorno precoz de las madres a sus puestos laborales; así como, una cultura desregulada de la venta y promoción de sucedáneos de la leche materna, lo cual promueve la búsqueda de alternativas en relación alimentación de los lactantes, por tanto, dando inicio al consumo de leches artificiales

Es indudable que la lactancia materna brinda múltiples beneficios en diferentes ámbitos de la salud infantil. Existen pocos estudios que indican una asociación entre la lactancia materna exclusiva sobre el desarrollo psicomotor de los niños. Sin embargo, es posible que en contextos tales como el ecuatoriano, pequeños aportes en los puntajes de los instrumentos de evaluación del desarrollo infantil por parte de la práctica de la lactancia materna exclusiva podrían significar cambios significativos a nivel poblacional. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe una asociación entre la práctica de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y el desarrollo psicomotor infantil en esa población, de acuerdo con la información individual disponible de las bases de datos de la población encuestada en la ENSANUT 2018?

4. Objetivo General

Determinar la asociación entre lactancia materna exclusiva a los seis meses y el desarrollo psicomotor infantil en la población ecuatoriana encuestada en la ENSANUT 2018

5. Objetivos Específicos

- Identificar la asociación entre lactancia materna exclusiva y el adecuado desarrollo psicomotor en especial en el dominio del desarrollo del lenguaje en niños menores de 2 años y, en especial, en menores de seis meses.
- Analizar las asociaciones positivas de la lactancia materna que ejerce sobre el desarrollo psicomotor.
- Identificar si tal asociación es independiente de otros factores potencialmente confusores; tales como, características sociodemográficas, características económicas antecedentes prenatales natales y postnatales entre otros.

CAPITULO II

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La leche materna es un alimento ideal para los recién nacidos, ya que proporciona nutrientes específicos para la edad, agentes inmunológicos y sustrato antibacteriano. La leche también contiene agentes los cuales actúan como indicaciones biológicas para procurar el desarrollo y la diferenciación celular. Tanto para la madre como para el bebé, los beneficios de la lactancia materna son a largo plazo. (Central et al., 2021)

Desde los comienzos de la antigua Grecia la lactancia de los niños y sus provechos frente a otras formas de nutrición ha sido motivo de duda, especulación e investigación. En el siglo XVI se creía que a través de la leche materna se transmitía a los hijos las cualidades mentales y morales que provenían de la madre. (Wickes, 1953).

A mediados del siglo veinte la gran inquietud de los investigadores fue la conexión que se genera entre la experiencia del amamantamiento y la salud mental de los infantes. Freud genero la vivencia o experiencia del amamantamiento de los infantes, o el concepto de oralidad, una situación centrada en la investigación sobre la personalidad. Heinstein en 1963 mencionaba que la lactancia materna fue considerada y apartada en algunas instancias como si se tratara del camino real para lograr el éxito y la salud mental de los infantes. (Gómez Manuela, 2004)

Actualmente se encuentran una gran cantidad de mitos, costumbres y rituales los cuales afectan de manera negativa el inicio y mantenimiento de la lactancia exclusiva, lo cual refleja la

postura social y valoración cultural de la mujer, además de la importancia al crecimiento del vínculo madre e hijo; lo cual ha causado que muchas madres no hayan amamantado a sus hijos a través del tiempo y de las culturas, recurriendo a distintas alternativas de sustitución de la lactancia. Sin embargo, actualmente la ciencia y la tecnología han permitido que se cuente con formulaciones provenientes de la leche de vaca las cuales poseen características aceptables obtenidas mediante procesos de industrias químicas y pasteurización avanzados, permitiendo una mejora en la alimentación de los bebes, los cuales con una administración adecuada presenta una nutrición "adecuada" lo cual ha promovido el cambio de lactancia materna por lactancia artificial. (Valenzuela Galleguillos et al., 2016)

La leche materna es la fuente óptima de nutrición para prácticamente todos los bebés. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante aproximadamente los primeros seis meses de vida, seguida de la lactancia materna continua, con la introducción de sólidos complementarios adecuados durante al menos el primer año de vida y más allá. Estas recomendaciones están fuertemente respaldadas por múltiples organizaciones médicas y profesionales, como la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), la Academia Estadounidense de Médicos de Familia (AAFP), el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Canadiense de Pediatría (CPS), basado en beneficios tanto a corto como a largo plazo para la madre y el niño. La OMS recomienda continuar la lactancia materna al menos hasta el segundo cumpleaños del niño. La lactancia materna subóptima se asocia con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad infantil y de la infancia, y un mayor riesgo de ciertas enfermedades crónicas. (Richard J Schanler, 2013)

La leche materna madura es un fluido biológico complejo y cambiante que incluye un sin número de componentes nutricionales, inmunológicos, así como productos celulares. Las concentraciones y el componente de la leche materna cambian incluso durante un solo alimento y están influenciados por la alimentación materna y la edad, la salud y los requerimientos del recién nacido. Una madre lactante produce fácilmente 600mL de leche por día, y el aumento de peso de la gestación materna tiene poco impacto en su cantidad o calidad. La leche es isotónica en relación con el plasma, y la lactosa representa la mitad de la presión osmótica. Los aminoácidos esenciales se derivan de la sangre, y los aminoácidos no esenciales se derivan en parte de la sangre o se sintetizan en la glándula mamaria. Gran parte de las proteínas que contiene la leche son exclusivas e incluyen alfa-lactoalbúmina, betalactoglobulina y caseína. Los ácidos grasos se sintetizan en los alvéolos a partir de la glucosa y se secretan mediante un proceso de tipo apocrino. La mayoría de las vitaminas se encuentra en la leche humana, pero en cantidades variables. La vitamina K está casi ausente y, por tanto, se administra una dosis intramuscular al recién nacido. El contenido de vitamina D es bajo: 22 IU/ml, y la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) también recomienda la suplementación para recién nacidos. (Central et al., 2021)

La lactancia materna confiere beneficios directos para la salud del lactante durante el período de lactancia, algunos de los cuales persisten después del destete. La calidad de evidencia moderada de una variedad de poblaciones sugiere que la alimentación con leche humana puede estar asociada con una ligera mejora de los resultados del neurodesarrollo en comparación con la alimentación con fórmula. Aunque no se ha establecido un mecanismo, los mediadores propuestos son los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga y, en particular, el ácido docosahexaenoico

(DHA) y el ácido araquidónico en la leche materna, que pueden promover la mielinización y el desarrollo del sistema nervioso. (Richard J Schanler, 2013)

En cuanto al desarrollo cognitivo un metaanálisis muestra que la lactancia materna puede estar asociada con un rendimiento ligeramente mejorado en las pruebas de inteligencia, y esta asociación persiste después del ajuste del cociente intelectual (CI) materno. Los niños que alguna vez fueron amamantados obtuvieron un promedio de 3.4 puntos más en las pruebas de inteligencia que los que nunca fueron amamantados.

Entre los estudios que se ajustaron por la inteligencia materna, se reveló un beneficio de la lactancia materna de 2.6 puntos (IC del 95%: 1.25-3.98). Como ocurre con muchos otros estudios sobre los resultados de la lactancia materna a largo plazo, estas conclusiones están limitadas por la posibilidad de confusión residual. De hecho, los estudios de pares de hermanos (que tienden a tener menos confusión residual) muestran un efecto menor de la lactancia materna (<1 punto). De manera similar, un metaanálisis Cochrane no encontró ningún efecto significativo de la leche materna de donante frente a la alimentación con fórmula sobre los resultados del desarrollo neurológico en los lactantes prematuros. (Richard J Schanler, 2013)

El director general del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (2011) enumera algunos de los impedimentos para la lactancia materna y recomienda medios prácticos para aventajarlas. Las iniciativas educativas que incluyen orientación entre padres y compañeros pueden mejorar estas tasas. La iniciativa Hospital Amigo del Niño es una iniciativa internacional para incrementar las tasas de lactancia materna exclusiva y extender su tiempo. Se

basa en la Organización Mundial de la Salud (1989) Diez pasos para una lactancia exitosa. En todo el mundo, casi 20 000 hospitales son designados como “amigos del niño”. (Central et al., 2021)

Diez pasos para una lactancia exitosa:

1. Tener una política de lactancia escrita que se comunique de manera regular a todo el personal de atención médica
2. Capacitar a todo el personal en las habilidades necesarias para implementar esta política
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna
4. Ayudar a las madres que inician la lactancia materna una hora después del nacimiento
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia, incluso si debiesen separarse de sus bebés
6. Alimentar a los recién nacidos con leche materna, a menos que esté médicamente indicado, y en ningún caso proporcionar leche materna sustituta, biberones o chupetes de forma gratuita o de bajo costo
7. Practicar alojamiento en habitación, lo que permite que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda
9. No dar chupetes artificiales a los recién nacidos que estén amamantando
10. Ayudar a comenzar los grupos de apoyo a la lactancia materna y hacerles referencia a las madres. (Central et al., 2021)

Se considera que el desarrollo psicomotor es un proceso cambiante, profundo, activo y multidimensional que se origina de factores genéticos y medioambientales, que va desde el momento en el que el niño nace hasta llegar a la etapa adolescente, durante la cual los infantes empiezan a controlar niveles más complejos de moverse, pensar, sentir además de las relaciones interpersonales. (Peraza Roque, 2000)

A pesar de que durante el crecimiento de los niños se presenta normalmente alcanzando habilidades correspondientes a cada una de las edades de manera cronológica este es diferente en cada uno de los niños. Existen márgenes de espera en cuanto a la normalidad del desarrollo se habla, sin embargo, estos son amplios por lo cual la evaluación del infante debe de ser cuidadosa antes de considerar algo como "anormal". Cabe recalcar que este avance es el que permite a un individuo integrarse a la sociedad. (Anastasia & María, 2018).

Las áreas del desarrollo se dividen en:

Área Motora:

"Motricidad gruesa: Es el desarrollo de habilidades que implican todo el cuerpo, utilizando las extremidades y sus músculos para movimientos más próximos al tronco durante el primer año y posteriormente la marcha, actividades que implican el equilibrio, coordinación y control postural: gatear, levantarse y caminar". (Anastasia & María, 2018)

“Motricidad fina: Se trata de movimientos mucho más precisos y concretos que se realizan con las partes más distantes al tronco, sobre todo al movimiento de los dedos, muñeca, la prensión, incluso los movimientos que se realizan con la boca, lengua y labios para articular los sonidos”. (Anastasia & María, 2018)

“Área Lenguaje: El desarrollo del lenguaje está relacionado con la audición, visión, kinestesia y atención, ya que es un sistema funcional que se da como resultado de la organización cerebral, permitiendo al ser humano interrelacionarse. Este proceso inicia con la percepción de palabras, para pasar a frases aisladas que con el tiempo se construirán en estructuras gramaticales”. (Anastasia & María, 2018)

“Área personal-social: El desarrollo socio afectivo del niño es la capacidad de interacción que se desarrolla desde la infancia con diferentes formas y relaciones, lo que permite la creación de bases de aprendizaje”. (Anastasia & María, 2018)

En 1929 Hoefer y Hardy plantearon la hipótesis que la lactancia materna influía sobre el desarrollo mental del niño, además del físico. A pesar de que esta primera relación se estableció hace casi cien años en la actualidad son pocos los estudios que afirmen o nieguen una relación directa entre estas variables, algunos de estos son totalmente controvertidos. (Gómez M, 2004)

En el año 1990 se registró literatura que indica que los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga que se encuentran en la leche de la madre son quienes estarían implicados en el aumento del desarrollo cognitivo ya que estos actúan como nutrientes esenciales tanto en el

desarrollo cerebral como retiniano del mismo; sin embargo, estos mecanismos aún no se conocen con exactitud.(Gómez Manuela, 2004)

Grace y cols., en un estudio de 2.868 infantes de Australia, logro evidenciar que el vínculo entre lactancia materna y las competencias motrices se conservaban a los diez, catorce y diecisiete años. Sin embargo, Tozzi y col, al analizar una cohorte de 1.403 infantes de diez a doce años, manifestó que, en niños saludables, el impacto de la permanencia de la lactancia materna en el desarrollo neurocognitivo poseía una escasa relevancia clínica, dependiendo principalmente de la estimulación y educación por parte de los padres. (Gerardo Weisstaub et al., 2017a) No obstante, si hablamos en términos poblacionales, la lactancia materna podría influir positivamente, aun cuando sean apenas unos pocos puntos de mejora en el desarrollo psicomotor infantil.

Se logro relacionar que la lactancia materna tiene un impacto relevante en las evaluaciones intelectuales de los niños y adolescentes elevando el coeficiente intelectual entre tres y cuatro puntos. Esto se determino en base a los resultados de dieciséis estudios de tipo observacional, los cuales analizaron de manera inclusiva los factores de confusión. (Siu et al., 2016)

Se considera que el desarrollo psicomotor es un proceso cambiante, profundo, activo y multidimensional que se origina de factores genéticos y medioambientales, que va desde el momento en el que el niño nace hasta llegar a la etapa adolescente, durante la cual los infantes empiezan a controlar niveles más complejos de moverse, pensar, sentir además de las relaciones interpersonales. (Peraza Roque, 2000)

A pesar de que no se encuentra la razón, hay estudios que evidencian una relación lineal tipo "dosis respuesta" entre la permanencia del amamantamiento, exclusivo y/o continuo, y el desarrollo psicomotor, siendo esta conexión independiente de la singularidad de los infantes o sus padres. Algunas de las explicaciones de estas asociaciones pueden ser el contenido de ácidos grasos poliinsaturados esenciales en la leche materna, la mejora del vínculo madre-hijo, y el nivel de alerta que tienen las madres para detectar los problemas motores de sus hijos y el mayor estímulo al desarrollo del lactante. (Gerardo Weisstaub et al., 2017a)

Actualmente se describe un gran debate con respecto a la posibilidad de como la lactancia materna influye en el desarrollo cognitivo de los infantes, debido a los resultados opuestos que se evidenciaron en diferentes investigaciones publicadas. Estudios observacionales de cohortes utilizados para estos análisis, generan controversia debido en parte a la gran complejidad que existe para poder estudiar y cuantificar de manera precisa la mencionada influencia considerando al mismo tiempo todos los posibles factores que de manera positiva o negativa pueden influir sobre la relación estudiada. Se ha encontrado también que estos estudios no han sido idóneos para lograr conservar el poder estadístico adecuado cuando se controlaba por factores de confusión, tales como habilidad o coeficiente intelectual de los progenitores u otros factores que pudieran explicar estos hallazgos.

7. HIPOTESIS

Existe una asociación directa entre lactancia materna exclusiva a los seis meses y el desarrollo psicomotor infantil en la población ecuatoriana menor de dos años incluida en la ENSANUT 2018.

CAPITULO III

8. METODOLOGÍA

8.1 Diseño De Estudio

Se realizó un estudio de diseño transversal analítico epidemiológico

8.2 Universo De Estudio

El universo que utilizo la ENSANUT 2018 estuvo conformado por los hogares con personas desde los 0 meses hasta los 49 años (explicito en mujeres en edad fértil), además de hombres de todas las edades, quienes habitan los domicilios privados de las provincias y regiones investigadas en todo el territorio nacional.

8.3 Muestra

Fueron encuestadas 46.656 viviendas.

8.4 Lugar De Estudio

Se realizó en las 24 provincias del país

14.5 Instrumentos De Investigación

Esta investigación se hará en base a los datos obtenidos en la ENSANUT 2018

14.6 Lugar De Tiempo Y Espacio

El estudio se realizó en dos tiempos: el primero para la realización del protocolo y aprobación de tema de tesis y el segundo para la investigación como tal y la ponencia de la misma.

CONSIDERACIONES MUÉSTRALES DE LA ENSANUT 2018

Consideraciones muestrales para el cálculo inferencial

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de salud del año 2018 (INEC, 2018), alrededor de un 16% de los niños ≤6 meses de edad han cumplido con alguno de los hitos de desarrollo motor tal y como es poder sentarse o gatear. Considerando este valor referencial, se requiere de una muestra aleatoria de 1318 individuos es satisfactoria para poder realizar una estimación, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión de +/- 2 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 16%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 2%.

14.7 Mediciones

El presente trabajo final de titulación empléo las variables recopiladas por la Encuesta Nacional de salud. Fueron utilizadas las variables sociales demográficas clínicas prenatales natales posnatales y la variable lactancia materna exclusiva como variables explicativas principal; y Por otro lado analizaremos sus asociaciones independientes con la apropiada puntuación en test de desarrollo psicomotor infantil en menores de 2 años con especial énfasis en niños de 6 meses de edad o menores.

14.8 Variables

- **Variable dependiente**

  Desarrollo psicomotor

- **Variable independiente**

  Lactancia materna exclusiva

- **Factores de confusión**

  Antecedentes prenatales

  Antecedentes perinatales

  Antecedentes postnatales

  Nivel socio económico

  Depresión posparto

14.9 Operacionalización de las variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

VARIABLE	ETIQUETA	PALABRA CLAVE PROPUESTA	CATEGORÍAS DE LA VARIABLE	BBDD	ID
f1_s2_3_1	Edad materna	Edad	1	ensanut_f1_personas.data	
f1_s2_9	Autodefinición de Etnias	Etnia	Mestizos Montubios Afroecuatorianos Euro-ecuatorianos Negro Mulato Blanco Otro ¿cuál?	gr_etn	
f1_s2_20	Condición Socioeconómica/Nivel Educativo	Sabe Leer	Si/No	BDD_ENS2018_f1_personas.dta	
f1_s2_19_1	Nivel educativo	Nivel de instrucción	1 Ninguno 2 Centro de alfabetización 3 Jardín de infantes 4 Primaria	BDD_ENS2018_f1_personas.dta	

			5 Educación básica 6 Secundaria 7 Educación Media/ Bachillerato 8 Superior no universitario 9 Superior universitario 10 Posgrado, doctorado, PHD		
f1_s3_12	Ocupación laboral	Trabaja	En el lugar indicado (…) trabaja o trabajó como: 1 Empleado(a)/obrero(a) de gobierno/ estado 2 Empleado(a)/obrero(a) privado 3 Jornalero(a) o peón 4 Patrono(a) 5 Cuenta propia 6 Trabajador(a) del hogar no remunerado 7 Trabajador(a) no remunerado en otro hogar 8 Empleado(a) Doméstico(a)	BDD_ENS2018_f1_personas.dta	
f1_s2_8_1	Seguro	Afiliación	1 IESS, Seguro General 2 IESS, Seguro Voluntario 3 Seguro Campesino 4 Seguro del ISSFA/ISSPOL 5 Seguro de salud privado 6 Ninguno		

f1_s1_1	Hogar	Acceso	Carretera Empedrado Lastrado/ calle de tierra Sendero Río/MarOtra, cuál	BDD_ENS2018_f1_	
f1_s1_2		Vivienda	Casa o villa Departamento Cuarto/s en casa de inquilinato Mediagua Rancho Choza Covacha Otro, cuál	BDD_ENS2018_f1_	
f1_s1_13		Servicio higiénico	Excusado y alcantarillado Excusado y pozo séptico Excusado y pozo ciego Letrina No tiene	BDD_ENS2018_f1_	
f1_s1_21		Agua	Red pública Pila o llave pública Otra fuente por tubería Carro repartidor/triciclo Pozo Río/ vertiente/ acequia	BDD_ENS2018_f1_	
f2_s4b_407a_	Lugar de control prenatal	Control	Establecimientos de Salud del MSP Hospital/Clínica/ Dispensario del IESS Seguro Social Campesino Hospital FF.AA/Policía	Base 6: 6_BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	

			Junta de Beneficencia Consejo Provincial/Unidad Municipal de SaludFundación/ ONG Clínica/Consultorio privado Partera Otro, cuálNo recuerda		
f2_s4b_417_3	Inmunizaciones en el embarazo	Inmnunizacion	- Sí - No - Ns/Nr	BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
f2_s4b_419b_3	Micronutrientes	Micronutrientes	- Hierro. - Ácido fólico - Hierro más ácido fólico - Ninguno	BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
f2_s4c_423a_3	Atención del parto	Lugar	- Establecimientos de salud del MSP. - Hospital/ clínica/ dispensario del IESS. - Seguro social campesino. - Hospital FF.AA/ policía. - Junta de beneficencia. - Consejo provincial/unidad municipal de salud. - Fundación/ Ong. - Clínica/consultorio privado.	BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	

			- En casa. - Otro, ¿cuál?		
f2_s4e_440_	Control posparto	Control	Si No	BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
f2_s4e_442a_	Control posparto	Lugar	- Establecimientos de salud del MSP. - Hospital/ clínica/ dispensario del IESS. - Seguro social campesino. - Hospital FF.AA/ policía. - Junta de beneficencia. - Consejo provincial/unidad municipal de salud. - Fundación/ Ong. - Clínica/consultorio privado. - En casa. - Otro, ¿cuál?	BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
f2_s2_219	Síntomas depresivos	Depresión	Si…..1 No…..2	4_BDD_ENS2018_f2_mef	
f2_s2_220			Poca tristeza Mucha tristeza	4_BDD_ENS2018_f2_mef	
f2_s2_221		Tiempo	Menos de 3 meses 3 meses 6 meses	4_BDD_ENS2018_f2_mef	

			1año o más No sabe/ no responde		
f2_s4d_428_3	Lactancia materna	Dio_LM	- Si - No	BDD_ENS2018_f2_lactancia_des inf.dta	
f2_s3a_302		No_LM	- Porque le hicieron una cesárea - Porque estaba muy enferma - Porque (…) nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días. - Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno. - Porque no tuvo leche - Otra, cuál.	BDD_ENS2018_f2_lactancia_des inf.dta	
f2_s3a_304	Lactancia materna continua	Tiempo_LM_desp_naci	- ¿Inmediatamente después de nacido (después del parto)? - ¿Menos de una hora? - ¿Entre una hora y menos de 24 horas? - ¿Más de un día?	BDD_ENS2018_f2_lactancia_des inf.dta	
f2_s4f_454		Edad_cons_LM	- Años - Meses - Días - Todavía le da	BDD_ENS2018_f2_lactancia_des inf.dta	

			- No recuerda		
f2_s3c_309		LM_libre_demanda	- Si - No	BDD_ENS2018_f2_lactancia_des inf.dta	
daguda	Desnutrición crónica infantil	Desnutricion	Desviación estándar	6_BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
	Obesidad infantil	Obesidad	Desviación estandar	6_BDD_ENS2018_f2_salud_ninez	
	Desarrollo infantil	Peabody	Computo de la puntuación directa	9_BDD_ENS2018_f5_des_inf	
	Desarrollo infantil	MICS		9_BDD_ENS2018_f5_des_inf	
f5_s2_214	Desarrollo infantil	Inventario Home	1. Organización Del Ambiente Físico Y Temporal 2. Respuesta Emocional Y Verbal De La Madre 3. Aceptación De Las Conductas Del Niño 4.Variedad De Oportunidades Para La Estimulación Diaria 5. Cuentan Con Material De Juego Apropiado 6. Capacidad De La Madre Para Involucrarse Con El Niño Si	9_BDD_ENS2018_f5_des_inf	

15 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los variables categóricas fueron descritas con los porcentajes, las variables continuas fueron descritas mediante la mediana y el desvío estándar, las variables discretas y las variables continuas de distribución no normal fueron descritas mediante la mediana y los rangos intercuartílicos.

Se estableció diferencias entre las variables explicativas y la variable dependiente; esto es, entre la lactancia materna y el desarrollo psicomotor cómo se empleó la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas mediante la prueba de chi cuadrado para las variables categóricas y mediante la U de Mann Whitney para las variables continuas o discretas.

16 ASPECTOS BIOETICOS

- Previa aprobación del protocolo de investigación el día 18 de marzo del año en curso por el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina mediante oficio CB-CEISH-POS-703 se inició el presente trabajo de titulación.

- El presente estudio emplea fuentes de información secundarias tal y como son las bases de datos cuya base de análisis fue individual obtenida en la Encuesta Nacional de salud del año 2018 y que se encuentran disponibles en la página web del INEC puntos seguido por lo tanto este trabajo final de titulación no implica ningún tipo de riesgos para los participantes.

17 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

a. Recursos humanos

Dra. Estefanía Saavedra: elaboración de protocolo, elaboración de cuerpo de tesis, revisión bibliográfica, análisis de datos, interpretación de los resultados.

Dr. Jonathan Zambrano: elaboración de protocolo, elaboración de cuerpo de tesis, revisión bibliográfica, análisis de datos, interpretación de los resultados.

Dr. Iván Dueñas: Asesoramiento, revisión, análisis estadístico y guía técnica de tesis.

b. Materiales:

- Para la investigación se requirió un computador portátil por investigador, acceso a internet.
- Encuesta ENSANUT 2018

c. Presupuesto

Detalle del presupuesto estimado para el desarrollo de la investigación

Tipo	**Categoría**	**Recurso**	**Descripción**	**Fuente de financiamiento**	**Monto**
Recursos disponibles	Infraestructura	Equipo	Laptop	Personal	--
		Internet	Revisión bibliográfica	Personal	$100
		Equipo	Datos móviles	Personal	$50
	Materiales	Papel	Hoja para impresión de borradores y trabajo final	Personal	$20
		Impresora	Tinta para imprimir	Personal	$100
Total					$270

d. Limitaciones

- Pueden estar afectados por sesgos de información.
- Información previamente establecida

18 CRONOGRAMA

| **Actividad / Año** | **2020** | | | | | | | | | | | | **2021** | | | | | | | | | | | |

CAPITULO IV

19 RESULTADOS

Estadística Descriptiva

Una vez que se llevó a cabo la selección de la muestra conforme a los criterios de inclusión y a los criterios de exclusión, La muestra final estuvo representada por un total de 1327 madres e hijos en las que se obtuvo información tanto de la práctica de la lactancia materna como de algunas variables sociales demográficas y, principalmente, evaluación del desarrollo infantil.

Las madres de estas diadas tuvieron una mediana (P25 a P75) de edad de 26 (21 a 32) años, mayoritariamente fueron casadas o en unión libre (81%), con un nivel de instrucción media o bachillerato en un 45% con un tiempo mediano (P25 a P75) de escolaridad materna de alrededor de 13 (9 a 13) años, con una falta de cobertura de Seguridad Social en más de un 60%, y además, 96 de ellas (7%) recibieron el bono de desarrollo humano (tabla 1a).

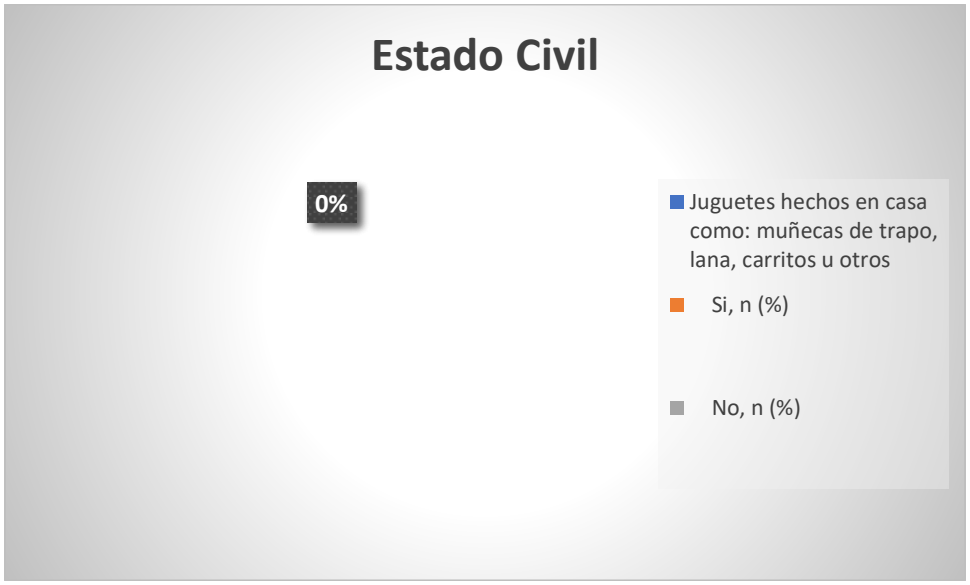
Tabla 2 1ª.- Datos sociodemográficos

1ª.- Datos sociodemográficos	**Muestra total** n= 1327
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 32)
Estado civil*	
Casada o Unida, n (%)	1,048 (81)
Separada, n (%)	92 (7)
Soltera, n (%)	161 (12)
Nivel de Instrucción **	
Ninguno o Centro de Alfabetización, n (%)	15 (1)
Educación Básica, n (%)	439 (34)
Educación Media/Bachillerato, n (%)	580 (45)
Superior, n (%)	255 (20)
Escolaridad Materna P50 (P25 a P75)	13 (9 a 13)
Cobertura de Salud	
IESS, seguro general, n (%)	366 (28)
IESS, seguro voluntario, n (%)	11 (1)
Seguro campesino, n (%)	42 (3)
Seguro del ISSFA/ISSPOL, n (%)	27 (2)
Seguro de salud privado, n (%)	6 (0)
Ninguno, n (%)	875 (66)
Recibe el Bono de desarrollo humano	
Si, n (%)	96 (7)
No, n (%)	1206 (93)
La vivienda que ocupa este hogar es	
En arriendo, n (%)	298 (22)
Anticresis y arriendo, n (%)	14 (1)
Propia y la está pagando, n (%)	79 (6)
Propia y totalmente pagada, n (%)	653 (49)
Cedida, n (%)	264 (20)
Recibida por servicios, n (%)	16 (1)
Otra, cual, n (%)	3 (<1)
Edad del lactante(meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)
Sexo del lactante	
Hombre, n (%)	695 (52)
Mujer, n (%)	632 (48)
* Estado civil se evaluó empleando las categorías del INEC. ** A priori se establece solo 4 categorías del nivel educativo modificadas por el INEC	

MSP, Ministerio de Salud Pública; IESS. Instituto ecuatoriano de seguridad social: FFAA, Fuerza Armadas. ONG, Organización no gubernamental.
Existió Missing en algunas variables

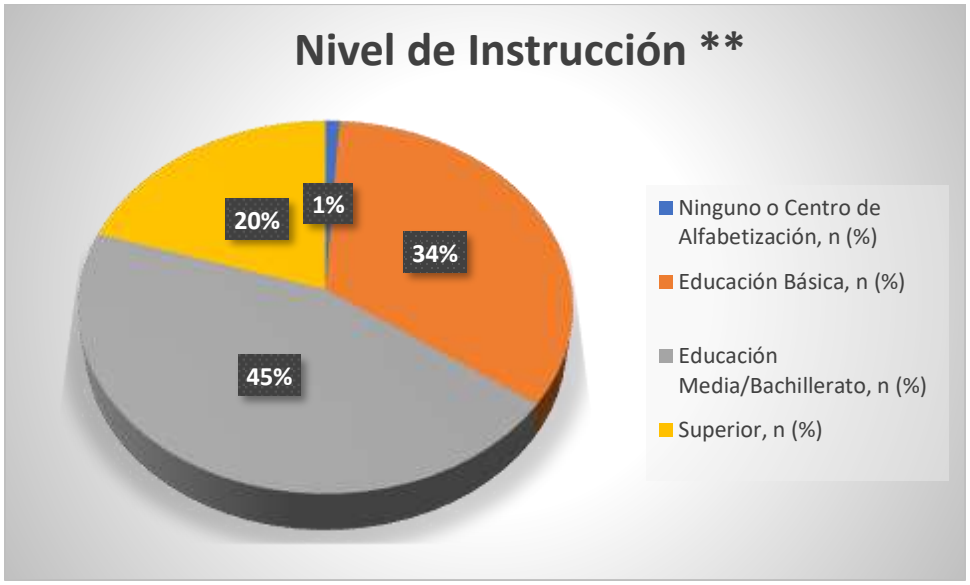
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J

Figura 1 Estado Civil de las mujeres encuestadas según la ENSANUT



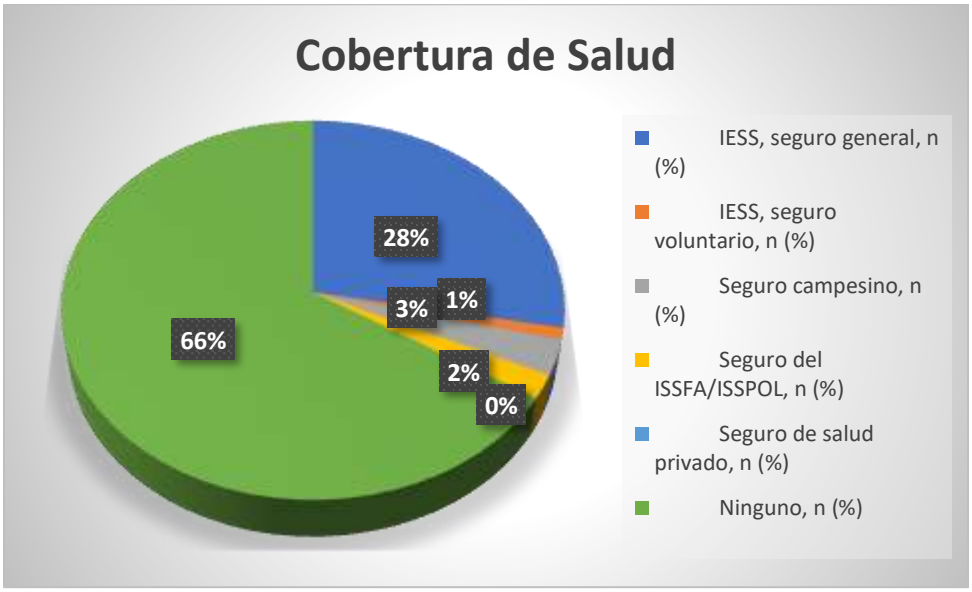
Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 2 Nivel de Instrucción de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



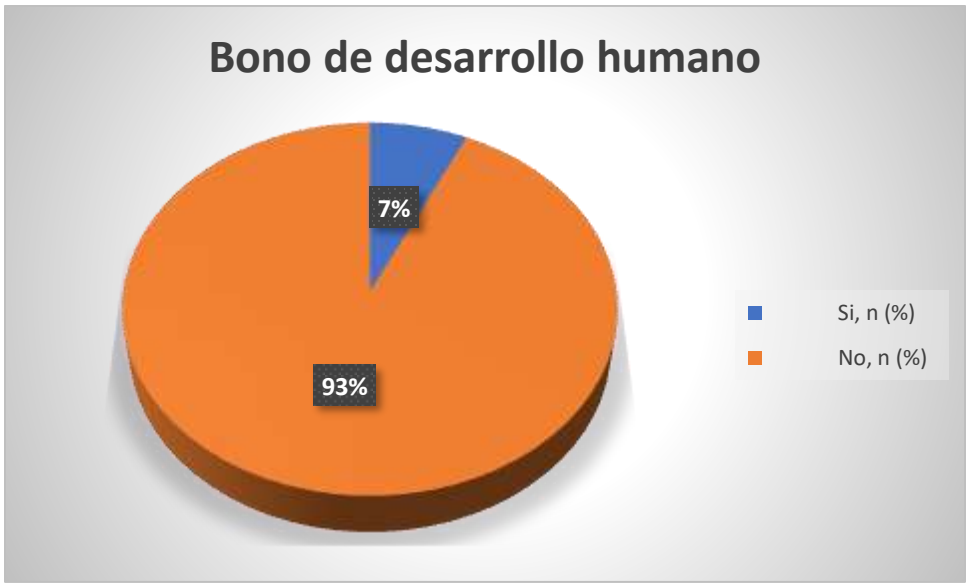
Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 3 Cobertura de salud que tienen las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



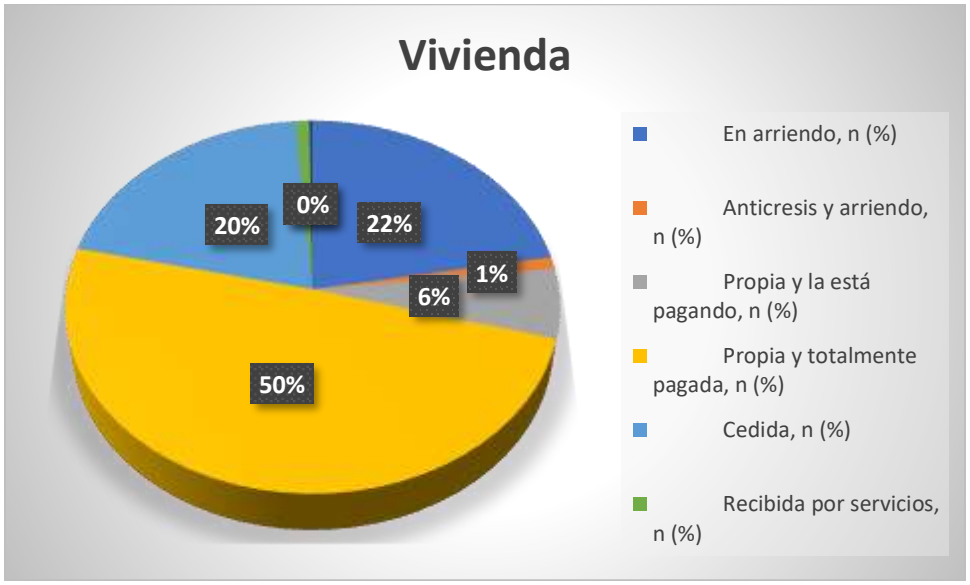
Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 4 Bono de desarrollo humano que recibieron las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



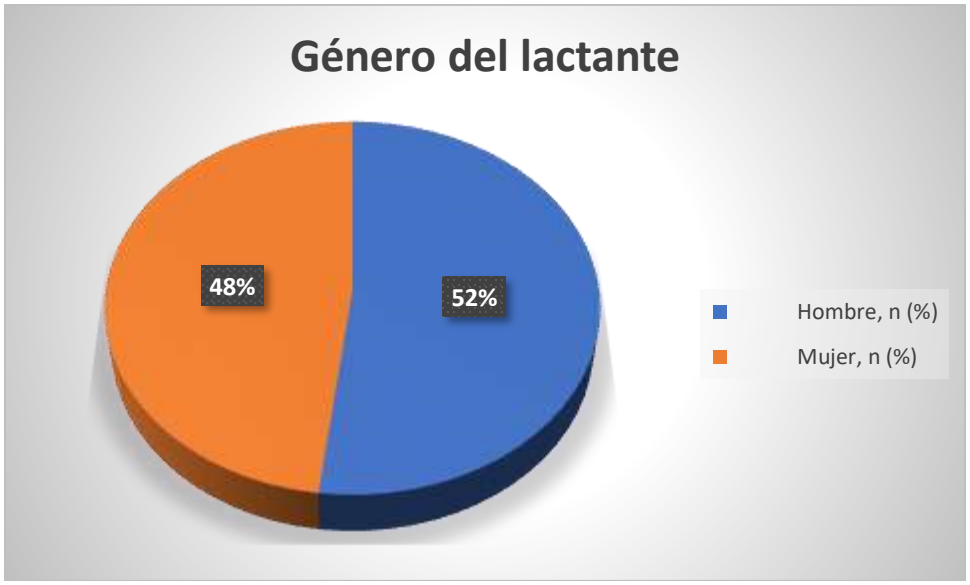
Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 5 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 6 Género de los lactantes encuestados según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Con respecto a las características prenatales natales y posnatales, el 60% de los lactantes nació por parto céfalo vaginal, el 71% nació en instituciones Del Ministerio de salud pública, con el apego inmediato y la ligadura oportuna del cordón en un 78%, y con controles postparto en un 60%, con respecto a las complicaciones obstétricas, ocurrió fiebre, preeclampsia o eclampsia, hemorragia, ruptura prematura de membranas, distocia de presentación, y desproporción céfalo pélvica en un 12%, 10%, 9%, 10%, 10% y 14%. con respecto a las complicaciones neonatales se presentaron falta de llanto al nacer en un 17%. (tabla 1b)

Con respecto al estado de ánimo materno se presentó poco interés al momento del post parto por parte de la madre en menos del 1% durante 5 a 7 días posparto; además, se presentó decaimiento y sensación de desesperanza en menos del 1% a los 5 a 7 días post parto. (tabla 1b)

Tabla 3 1b.- Datos prenatales, natales y posnatales

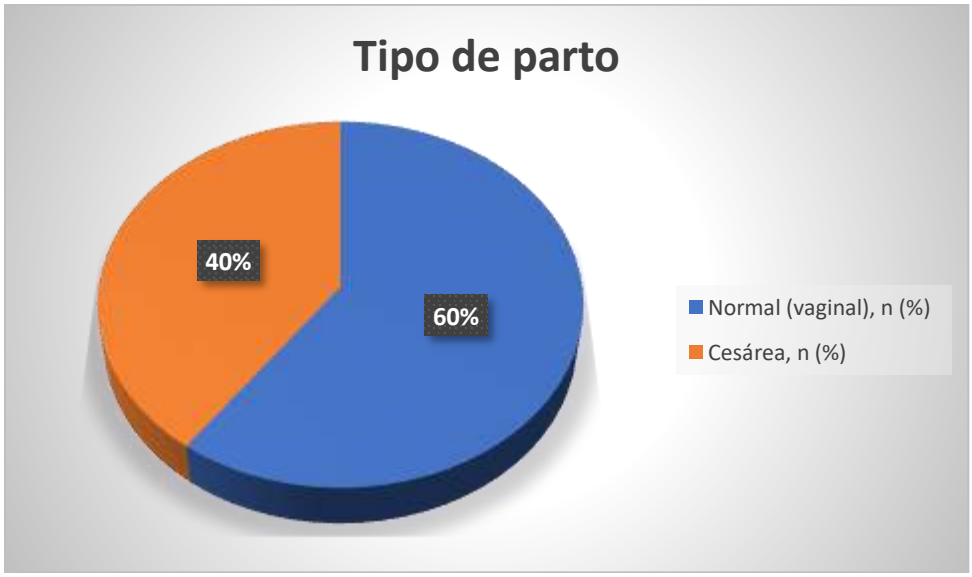
1b.- Datos prenatales, natales y posnatales.	**Muestra total** n= 1327
Controles prenatales P50 (P25 a P75)	7 (5 a 9)
Tipo de parto	
Normal (vaginal), n (%)	789 (60)
Cesárea, n (%)	538 (40)
Lugar del parto	
Establecimientos de salud del MSP, n (%)	948 (71)
Hospital/clínica/dispensario del IESS, n (%)	119 (9)
Seguro social campesino, n (%)	5(<1)
Hospital FF AA/ policía, n (%)	2(<1)
Junta de beneficencia, n (%)	9 (<1)
Consejo provincial/unidad municipal, n (%)	2 (<1)
Fundación/ ONG, n (%)	1(<1)
Clínica/consultorio privado, n (%)	180 (14)
En casa, n (%)	56 (4)
Otro, n (%)	5 (<1)
Prácticas sanitarias durante el parto	
Apego inmediato, lactancia materna en la primera hora de vida y ligadura oportuna del cordón umbilical	
Sí, n (%)	994 (78)
No, n (%)	277 (21)
No sabe / no responde, n (%)	10 (1)
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical.	
Si	830 (63)
No	79 (6)
No sabe/ no responde, n (%)	418 (31)
Control posparto	
Si, n (%)	653 (60)

No, n (%)	438 (40)
Complicaciones obstétricas	
Fiebre	
Sí, n (%)	143 (12)
No, n (%)	1013 (87)
No sabe / no responde, n (%)	3 (<1)
Preeclampsia-eclampsia	
Sí, n (%)	119 (10)
No, n (%)	1,036 (89)
No sabe / no responde, n (%)	4 (<1)
Hemorragia	
Sí, n (%)	108 (9)
No, n (%)	1,044 (90)
No sabe / no responde, n (%)	7 (<1)
Ruptura prematura de membrana	
Sí, n (%)	120 (10)
No, n (%)	1,036 (89)
No sabe / no responde, n (%)	6 (<1)
Distocia de presentación	
Sí, n (%)	119 (10)
No, n (%)	1,036 (89)
No sabe / no responde, n (%)	7(<1)
Desproporción cefalopélvica	
Sí, n (%)	163 (14)
No, n (%)	986 (85)
No sabe / no responde, n (%)	13 (1)
Complicaciones neonatales	
Falta de llanto al nacer	
Sí, n (%)	202 (17)
No, n (%)	952 (82)
No sabe / no responde, n (%)	8 (1)

Gemelos o múltiples	
Sí, n (%)	12 (1)
No, n (%)	1,146 (99)
No sabe / no responde, n (%)	4 (<1)
Depresión neonatal	
Sí, n (%)	206 (17)
No, n (%)	950 (82)
No sabe / no responde, n (%)	6 (<1)
Aspiración amniótica	
Sí, n (%)	51 (4
No, n (%)	1,086 (94)
No sabe / no responde, n (%)	25 (2)
Circular de cordón umbilical	
Si, n (%)	69 (6)
No, n (%)	1077 (93)
No sabe / no responde, n (%)	16 (1)
Depresión posparto	
Poco interés	
Ninguna vez (cero días), n (%)	896 (68)
1 a 2 días, n (%)	355 (27)
3 a 4 días, n (%)	63 (5)
5 a 7 días, n (%)	13 (<1)
Decaída/ desesperanzada	
Ninguna vez (cero días), n (%)	906 (68)
1 a 2 días, n (%)	352 (27)
3 a 4 días, n (%)	58 (4)
5 a 7 días, n (%)	11 (1)
Existió Missing en algunas variables	

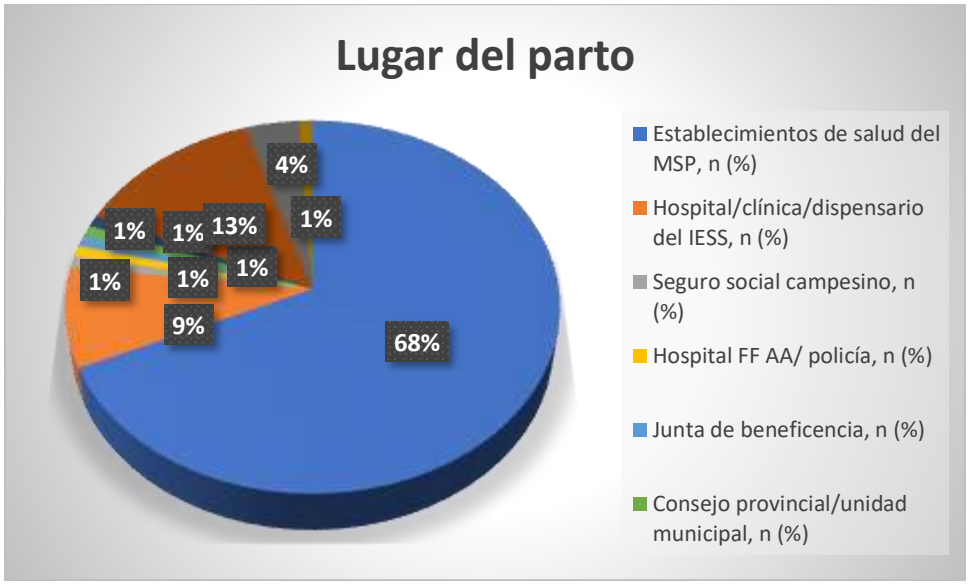
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 7 Tipo de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



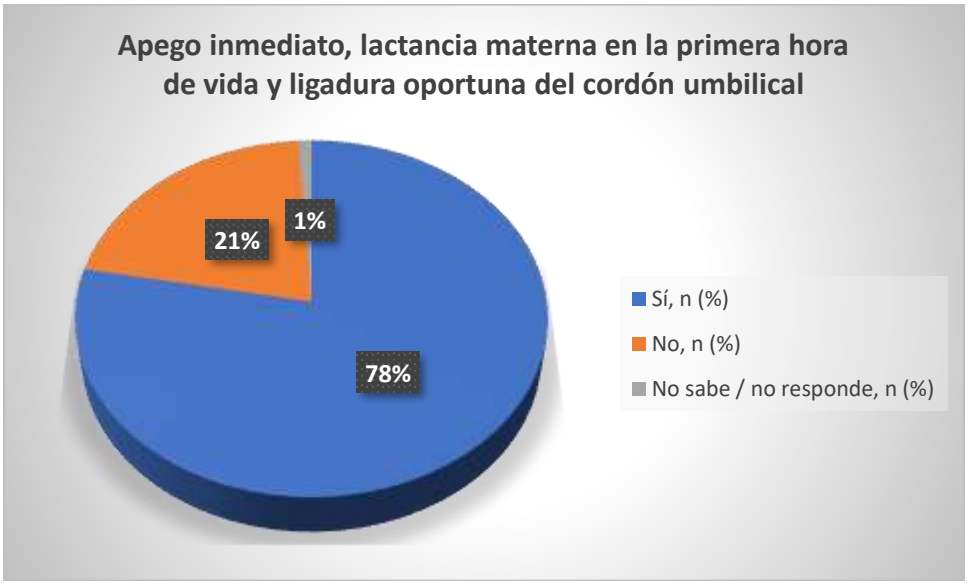
Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 8 Lugar de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 9 Apego inmediato, lactancia materna en la primera hora de vida y ligadura oportuna del cordón umbilical de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



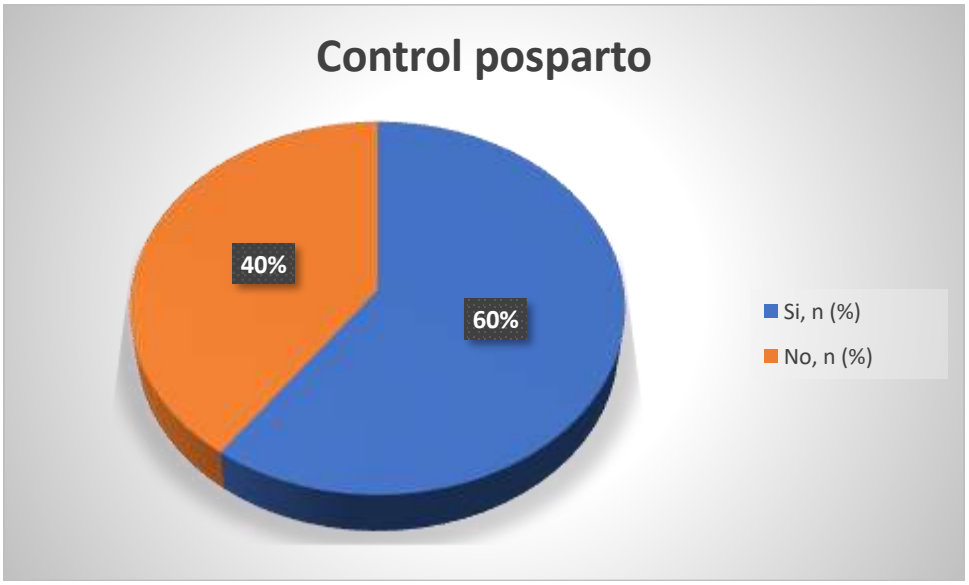
Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 10 Tiempo de espera para realizar el corte del cordón umbilical de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 11 Control posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



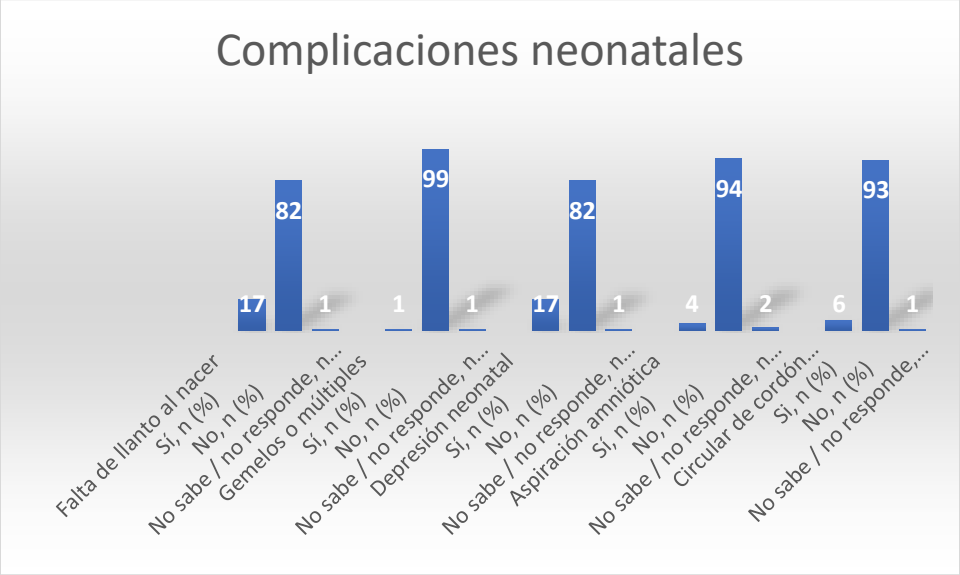
Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 12 Complicaciones obstétricas de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



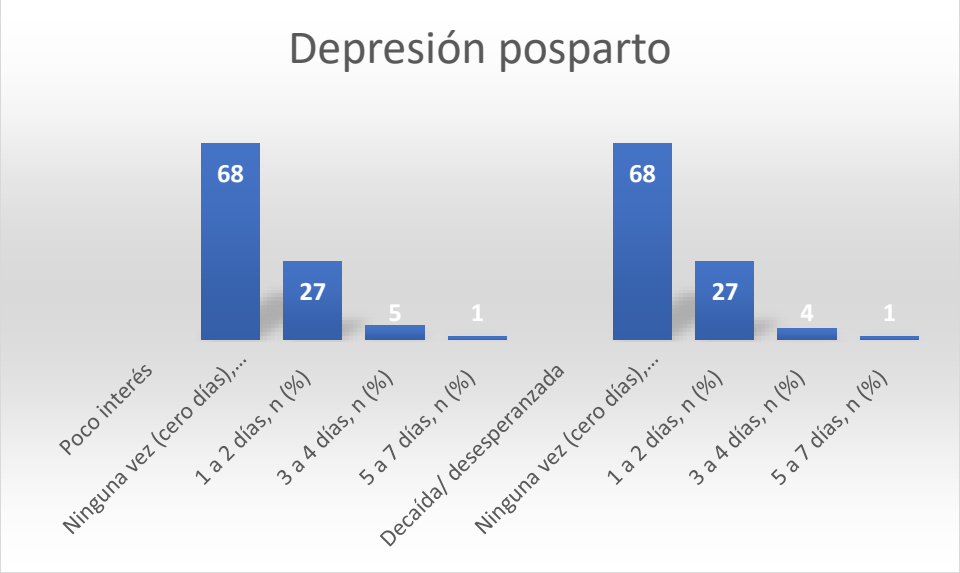
Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 13 Complicaciones neonatales de los niños encuestados según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 14 Depresión posparto en las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Con respecto a las variables relacionadas al desarrollo infantil correspondiente a una edad ≤ a 6 meses, llama la atención que menos del 1% asistió alguna vez a un Centro de Desarrollo infantil, con menos de un 9% de atención por parte de educadoras de los centros CNH, es importante que más del 93% de los lactantes recibieron cuidados por parte de su madre y menos del 1% por parte de su padre, en un 86% los niños no tienen contacto con ningún libro cuento revista o libros con dibujos, en un 22% existen juguetes en casa, apenas en un 10% se leyeron libros o dibujos a los niños, apenas del 44% de las madres o cuidadoras responden verbalmente cuando el niño le habla, en apenas un 4% de los casos hay al menos 10 libros presentes o visibles; y, de manera importante, el 16% cumple algún hito de desarrollo motor. (tabla 1c)

Tabla 4 1c.- Datos desarrollo infantil

1c.- Datos desarrollo infantil	**Muestra total** n= 1327
CIBV / CNH	
Asiste actualmente a algún Centro de Desarrollo Infantil CIBV / CDI	
Si, n (%)	5 (<1)
No, n (%)	1322 (99)
Asistió alguna vez a algún Centro de Desarrollo Infantil CIBV / CDI	
Si, n (%)	2 (<1)
No, n (%)	1320 (99)
Recibe actualmente asistencia por parte de educadoras del CNH	
Si, n (%)	126 (9)
No, n (%)	1201 (91)
Recibió alguna vez asistencia por parte de educadoras del CNH	
Si, n (%)	7 (1)
No, n (%)	1194 (99)
Cuidados	
Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes	
Madre, n (%)	1234 (93)
Padre, n (%)	17 (1)
Abuelos/as o tíos/as, n (%)	57 (4)
Miembros del hogar de 10 años y más, n (%)	8 (1)
Otros familiares, vecinos/as o amigos/as, n (%)	7 (1)
Empleada o niñera, n (%)	3 (<1)
Se queda solo, n (%)	1 (<1)

En los últimos 7 días, cuantos días dejo al niño/a solo/a por más de	
0.00, n (%)	1237 (93)
1.00, n (%)	49 (4)
2.00, n (%)	11 (1)
3.00, n (%)	4 (<1)
4.00, n (%)	2 (<1)
5.00, n (%)	1 (<1)
6.00, n (%)	4 (<1)
88.00, n (%)	19 (1)
Cuando usted no está, el cuidado del niño es realizado por familiares	
Si, n (%)	782 (59)
No, n (%)	544 (41)
Estímulos	
Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene	
0.00, n (%)	1138 (86)
1.00, n (%)	64 (5)
2.00, n (%)	49 (4)
3.00, n (%)	33 (2)
4.00, n (%)	17 (1)
5.00, n (%)	8 (1)
6.00, n (%)	8 (1)
7.00, n (%)	1 (<1)
8.00, n (%)	1 (<1)
10.00, n (%)	6 (<1)
12.00, n (%)	1 (<1)
30.00, n (%)	1 (<1)

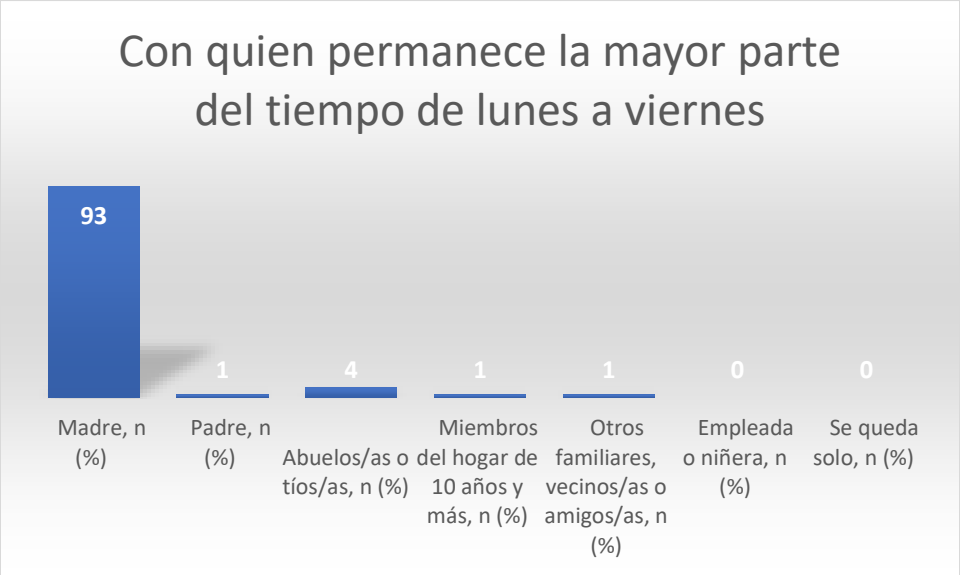
Juguetes hechos en casa como: muñecas de trapo, lana, carritos u otros	
Si, n (%)	297 (22)
No, n (%)	1023 (77)
No sabe / no responde, n (%)	7 (1)
Leyó libros o miro los dibujos de un libro con (…): madre	
Si, n (%)	164 (83)
No, n (%)	33 (17)
Leyó libros o miro los dibujos de un libro con (…): padre	
Si, n (%)	20 (10)
No, n (%)	177 (90)
Le canto canciones a (…) o canto con (…), incluyendo canciones de	
Si, n (%)	988 (75)
No, n (%)	339 (25)
Jugó con (…): madre	
Si, n (%)	703 (88)
No, n (%)	97 (12)
Jugó con (…): padre	
Si, n (%)	87 (11)
No, n (%)	713 (89)
Dibujó, pintó, escribió o jugó a hacer garabatos en papel con	
Si, n (%)	33 (65)
No, n (%)	18 (35)
¿Sacan al niño de la casa por lo menos cuatro veces por semana?	
Si, n (%)	850 (64)

No, n (%)	476 (36)
El niño tiene un lugar especial para sus juguetes y sus “tesoros`	
Si, n (%)	452 (34)
No, n (%)	874 (66)
Respuesta de la madre a la cuidadora	
¿La madre o cuidadora responde verbalmente cuando el niño le habla?	
Si, n (%)	585 (44)
No, n (%)	741 (56)
¿La madre o cuidadora celebra espontáneamente las cualidades del niño?	
Si, n (%)	665 (50)
No, n (%)	661 (50)
La madre o cuidadora regaña o ignora al niño durante la visita	
Si, n (%)	24 (2)
No, n (%)	1302 (98)
¿Usted ha castigado físicamente al niño en los últimos siete días? (golpes)	
Si, n (%)	43 (3)
No, n (%)	1283 (97)
¿La madre o cuidadora le grita al niño durante la visita?	
Si, n (%)	39 (3)
No, n (%)	1287 (97)
Otros ámbitos del desarrollo	
Por lo menos 10 libros están presentes y visibles	
Si, n (%)	57 (4)
No, n (%)	1269 (96)

HOME P50 (P25 a P75)	18 (12 a 23)
HOME para menores de 3 años	
Bajo, n (%)	1123 (85)
Medio, n (%)	193 (14)
Alto, n (%)	11 (1)
Algún hito*	
No cumple, n (%)	1111 (84)
Si cumple, n (%)	216 (16)
Ultimo hito alcanzado	
Ninguno, n (%)	1111 (84)
Sentarse solo, n (%)	167 (13)
Gatear, n (%)	42 (3)
Pararse con ayuda, n (%)	4 (<1)
Caminar con ayuda, n (%)	3 (<1)
Existió Missing en algunas variables * Se utilizaron el inventario HOME, cuestionario Peabody para valorar lenguaje, motricidad gruesa y madurez emocional	

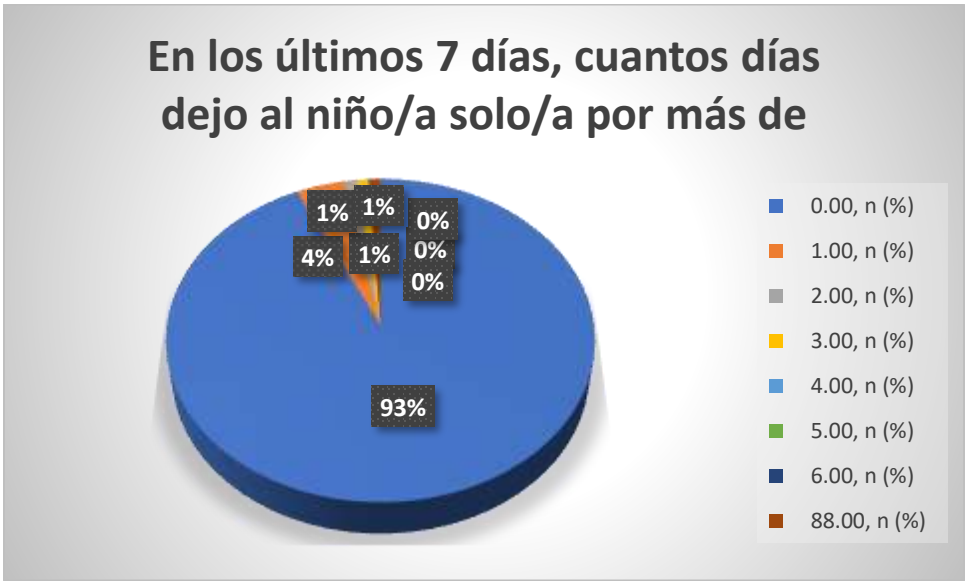
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 15 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes los niños encuestados según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 16 Horas que permanecen solos los niños encuestados según la ENSANUT 2018



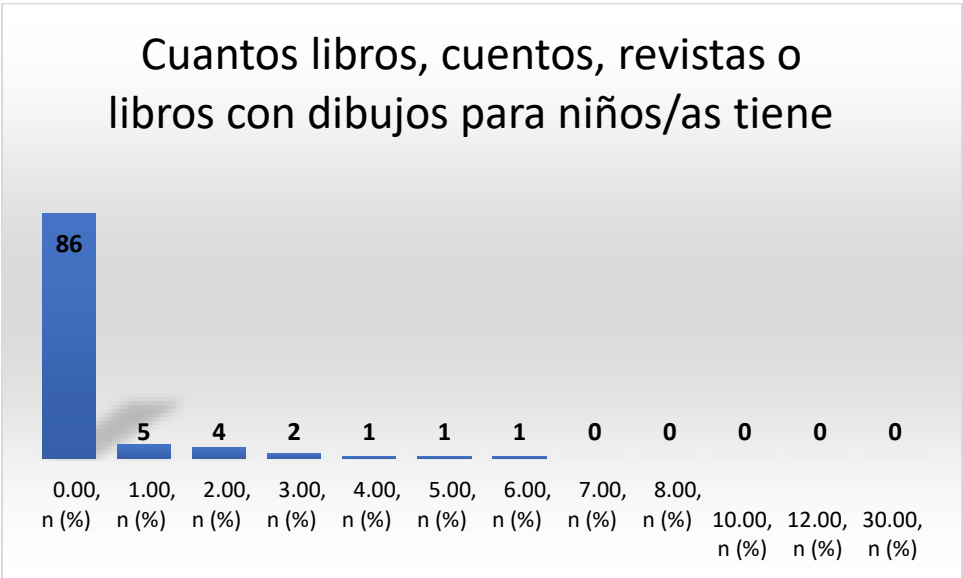
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 17 Cuidado de los niños encuestados por parte de familiares según la ENSANUT 2018



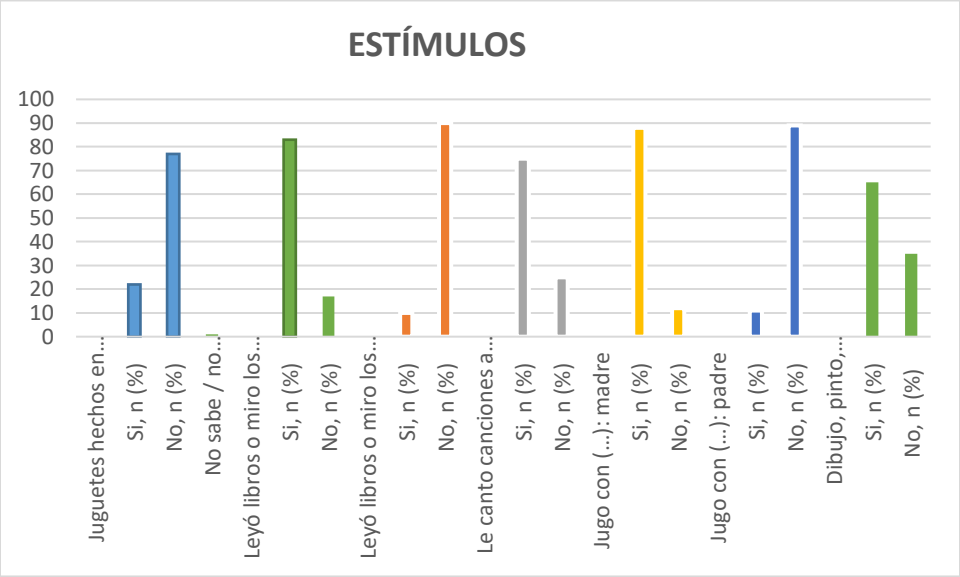
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 18 Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene la familia según la ENSANUT 2018



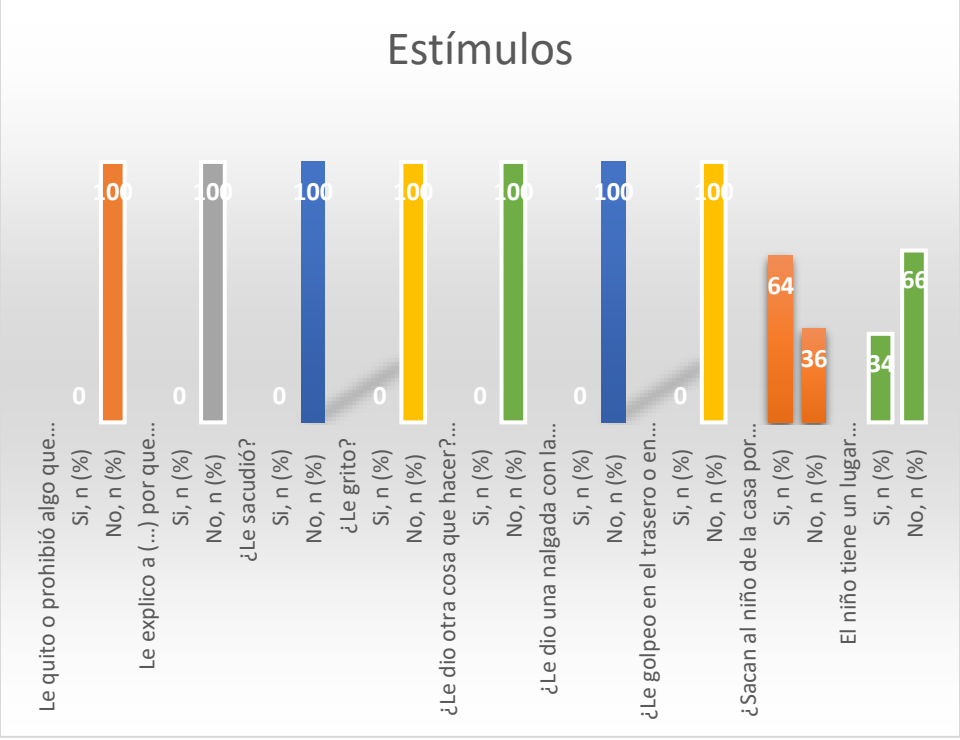
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 19 Estímulos a los niños según la ENSANUT 2018



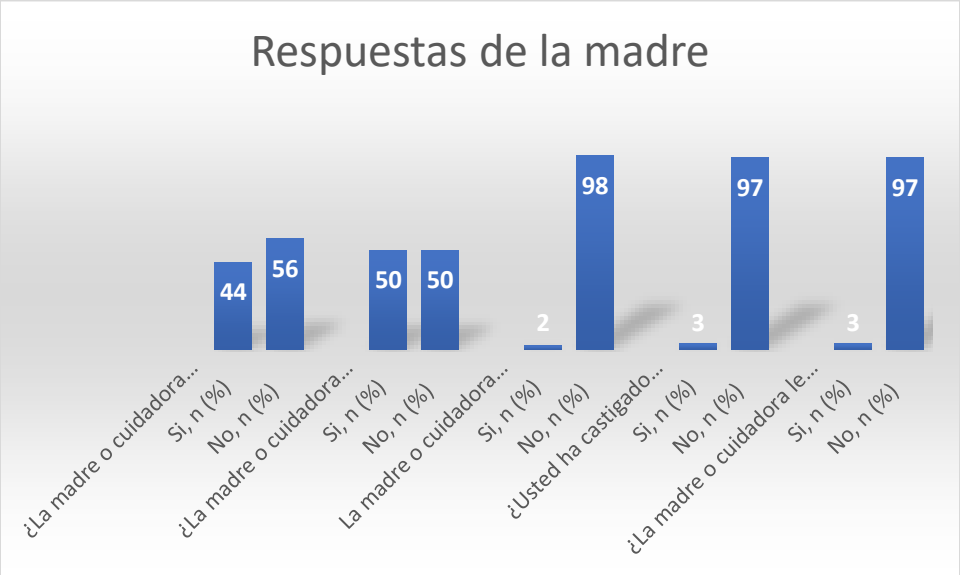
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 20 Estímulos realizados a los niños según la ENSANUT 2018



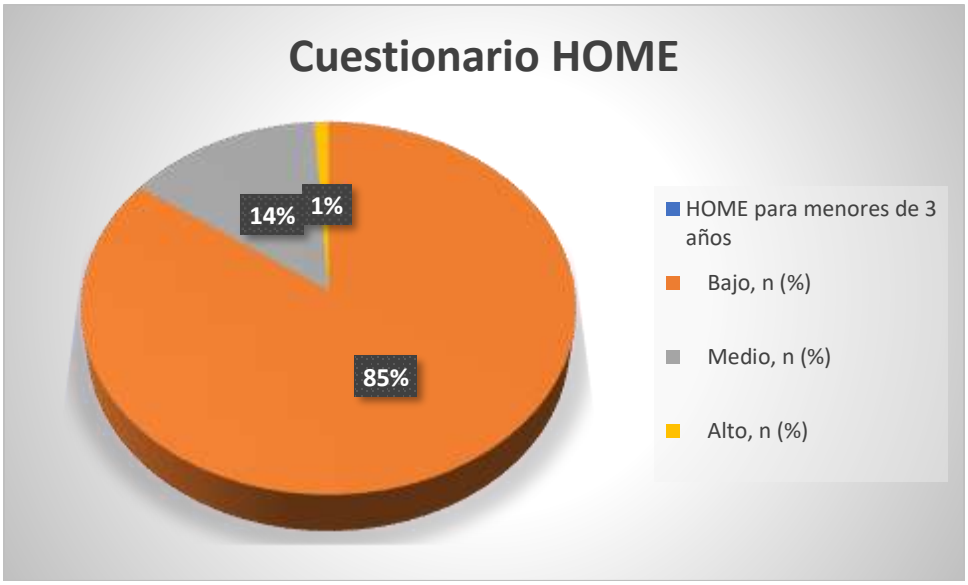
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 21 Respuesta de la madre a la cuidadora según la ENSANUT 2018



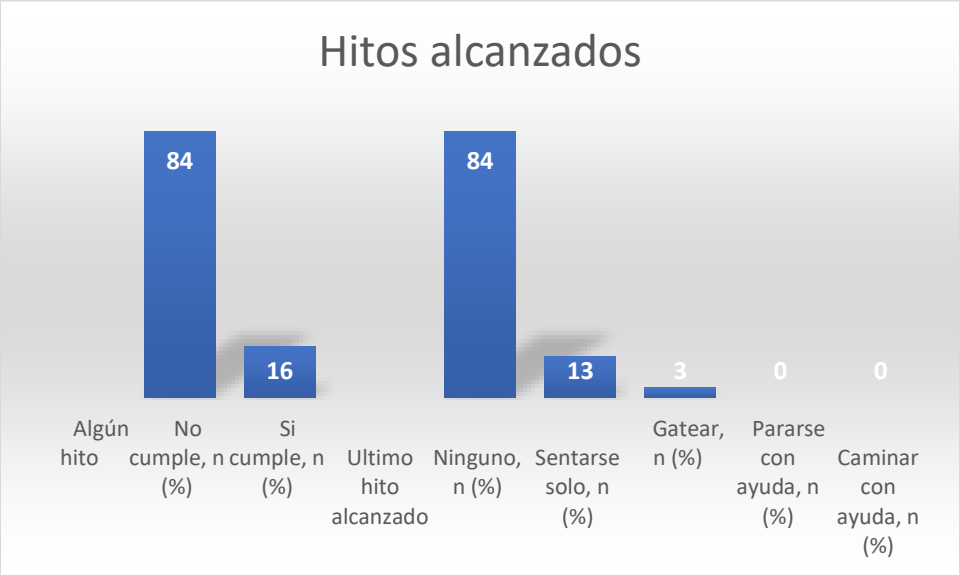
Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 22 Cuestionario HOME aplicado en la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 23 Hitos alcanzados en los niños según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°1c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Con respecto a la estimación de las contraposiciones en las diferentes variables explicativas entre quienes cumplieron algún hito de desarrollo versus quienes no, no conseguimos detectar diferencias significativas entre las diversas variables explicativas para cada grupo de aquellos que cumplieron versus aquellos que no algún hito del desarrollo motor grueso en lactantes de ≤6 meses.

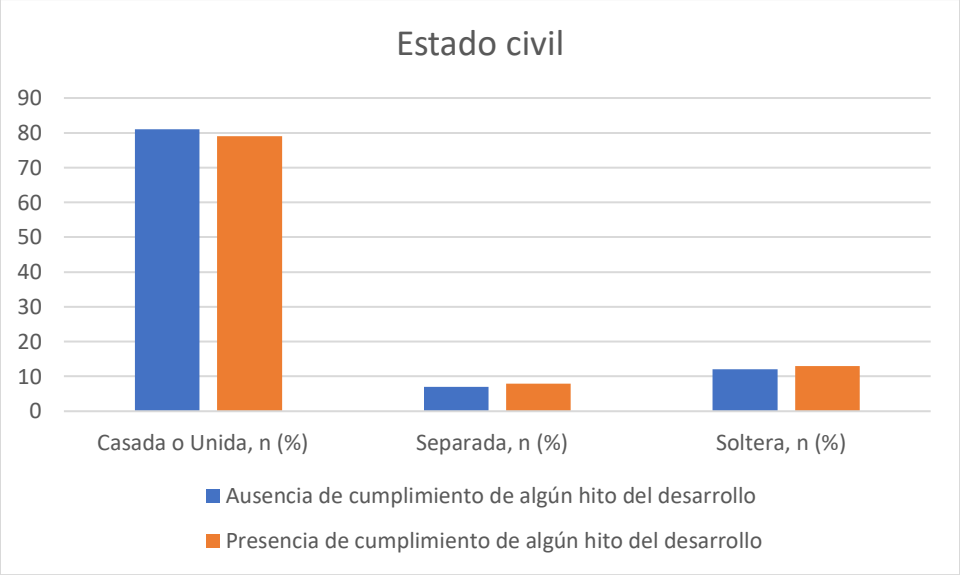
Tabla 5 2ª.- Datos sociodemográficos

2ª.- Datos sociodemográficos	Ausencia de cumplimiento de algún hito del desarrollo	Presencia de cumplimiento de algún hito del desarrollo	p-valor
Edad materna (años), P50 (P25 a P75)	26 (21 a 32)	25.5 (21 a 31)	0.25*
Estado civil*			
Casada o Unida, n (%)	882 (81)	166 (79)	0.78*
Separada, n (%)	75 (7)	17 (8)	
Soltera, n (%)	134 (12)	27 (13)	
Nivel de Instrucción **			
Ninguno o Centro de Alfabetización, n (%)	13 (1)	2 (1)	4.69**
Educación Básica, n (%)	373 (34)	66 (32)	
Educación Media/Bachillerato, n (%)	473 (44)	107 (51)	
Superior, n (%)	222 (21)	33 (16)	
Escolaridad Materna P50 (P25 a P75)	13 (9 a 13)	13 (10 a 13)	0.76*
Cobertura de Salud			
IESS, seguro general, n (%)	313 (28)	53 (25)	0.38*
IESS, seguro voluntario, n (%)	8 (1)	3 (1)	
Seguro campesino, n (%)	38 (3)	4 (2)	
Seguro del ISSFA/ISSPOL, n (%)	23 (2)	4 (2)	
Seguro de salud privado, n (%)	6 (1)	0 (0)	
Ninguno, n (%)	723 (65)	152 (70)	
Recibe el Bono de desarrollo humano			
Si, n (%)	87 (8)	9 (4)	0.06*
No, n (%)	1005 (92)	201 (96)	
La vivienda que ocupa este hogar es			
En arriendo, n (%)	306 (23)	1527 (23)	0.67*
Anticresis y arriendo, n (%)	14 (1)	107 (2)	
Propia y la está pagando, n (%)	78 (6)	419 (6)	
Propia y totalmente pagada, n (%)	667 (49)	3289 (48)	
Cedida, n (%)	266 (20)	1333 (20)	
Recibida por servicios, n (%)	20 (1)	104 (1)	
Otra, cual, n (%)	3 (0)	7 (0)	
Edad del lactante(meses), P50 (P25 a P75)	3 (2 a 4)	5 (4 a 5)	0.00*
Género del lactante			
Hombre, n (%)	590 (53)	105 (49)	0.22*
Mujer, n (%)	521 (47)	111 (51)	
Existió Missing en algunas variables * Mann-Whitney			

** Chi²

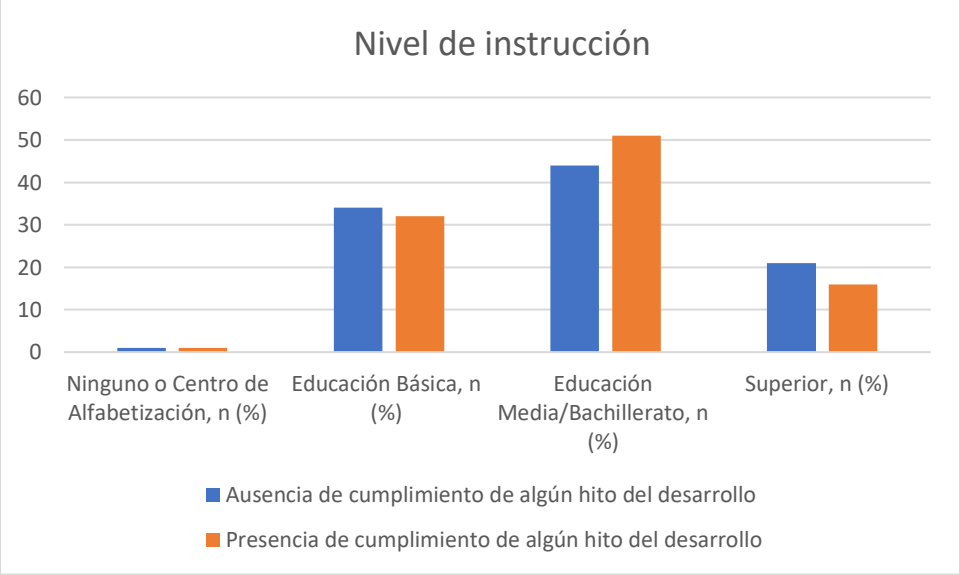
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 24 Estado Civil de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



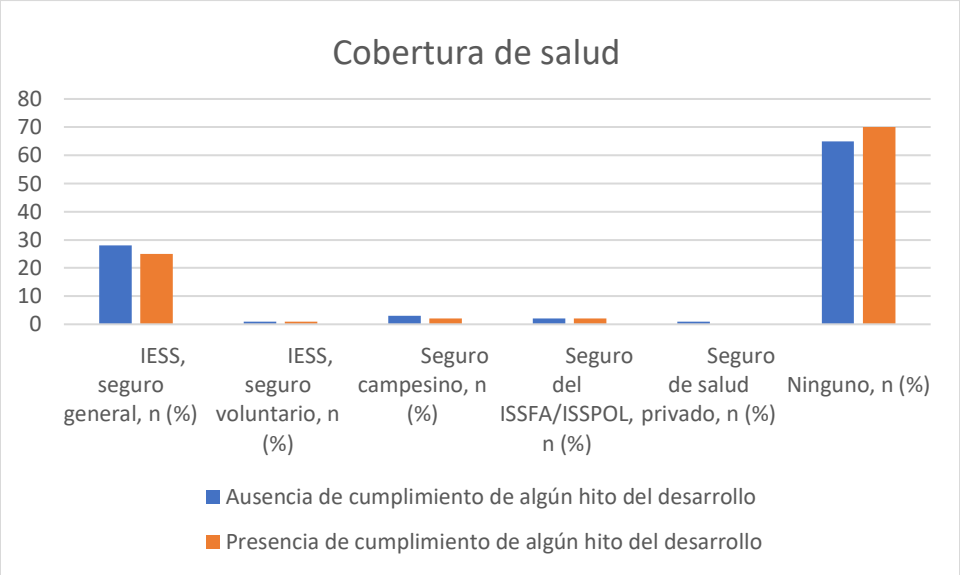
Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 25 Nivel de instrucción de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



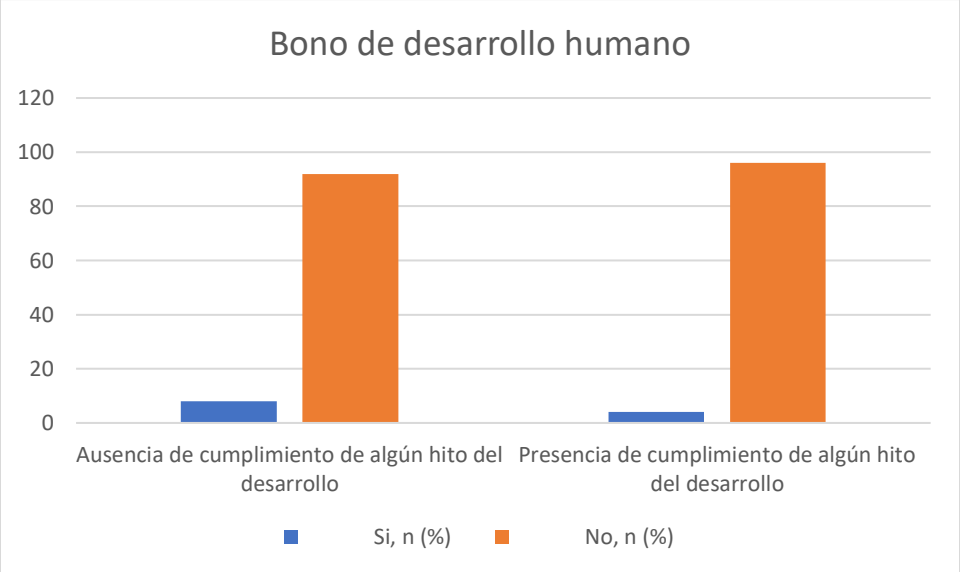
Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 26 Cobertura de salud de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



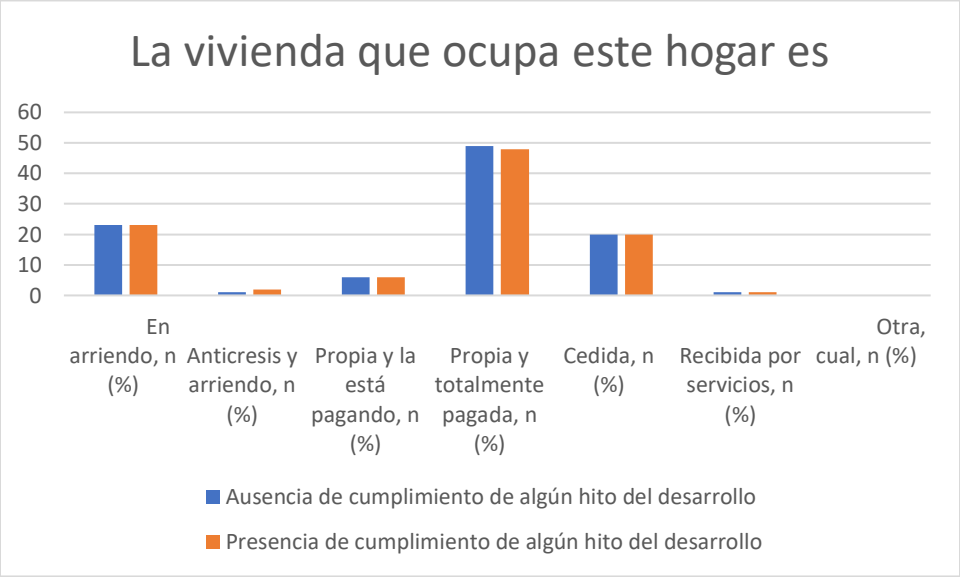
Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 27 Bono de desarrollo humano que recibieron las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



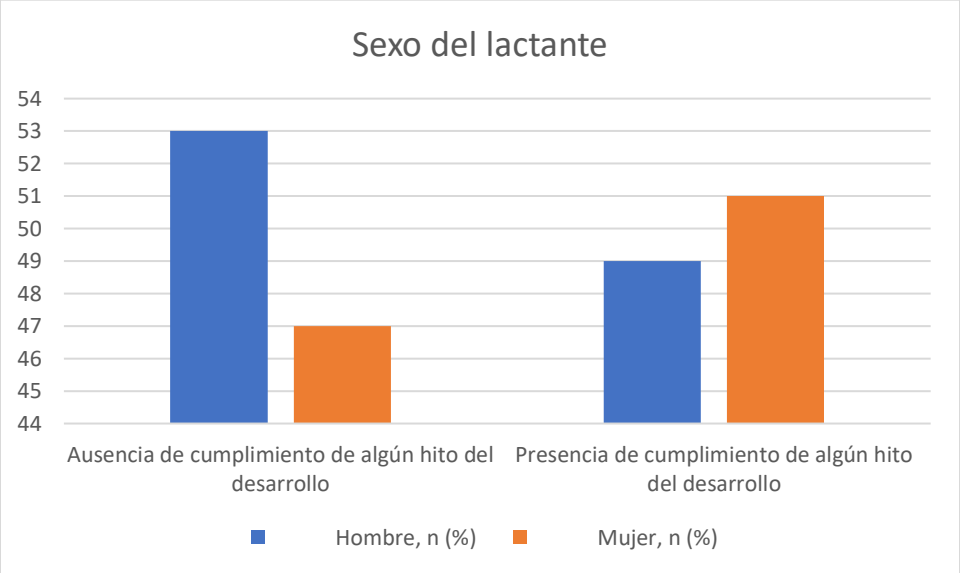
Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 28 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



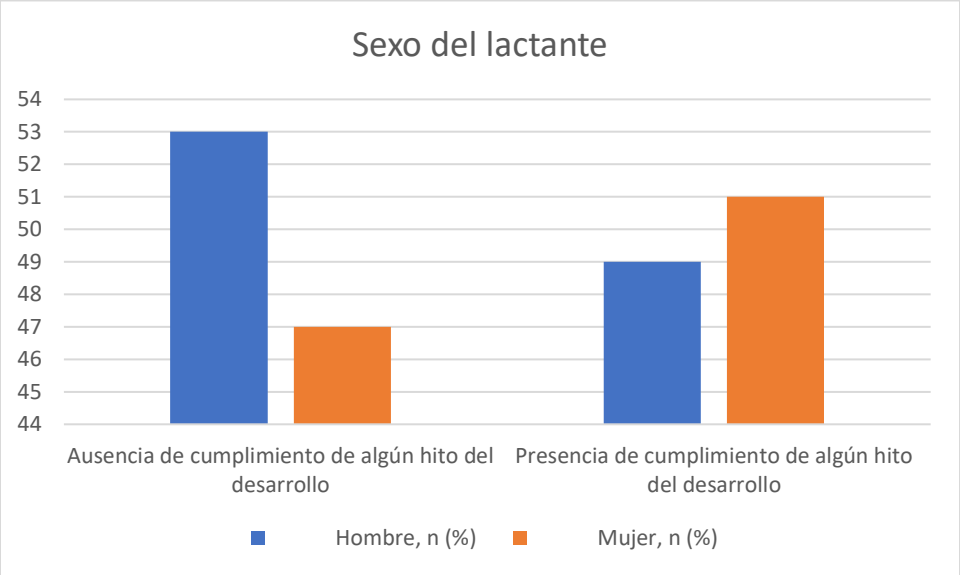
Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 29 Tipo de vivienda que ocupan las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 30 Sexo de los lactantes encuestados según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°2a
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Con respecto a las características perinatales y postnatales, encontramos diferencias significativas en cuanto a la sintomatología depresiva en las madres de los lactantes de ≤6 meses de edad. Específicamente, hubo un menos porcentaje de madres con sensación de tristeza y decaimiento o desánimo en el posparto en un 63% en relación con el 67% con un valor p del 0.006 (tabla 2b)

Tabla 6 2b.- Datos prenatales, natales y posnatales.

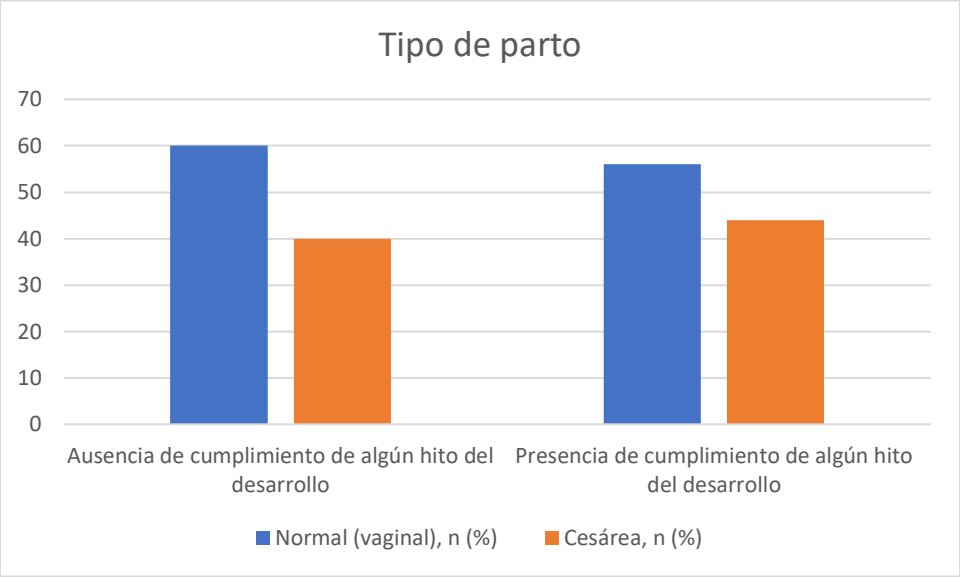
2b.- Datos prenatales, natales y posnatales.	**Ausencia de cumplimiento de algún hito del desarrollo**	**Presencia de cumplimiento de algún hito del desarrollo**	**p-valor**
Controles prenatales P50 (P25 a P75)	7 (5 a 9)	7 (5 a 9)	0.77*
Tipo de parto			
Normal (vaginal), n (%)	669 (60)	120 (56)	0.202**
Cesárea, n (%)	442 (40)	96 (44)	
Prácticas sanitarias durante el parto			
Apego inmediato, lactancia materna en la primera hora de vida y ligadura oportuna del cordón umbilical			
Sí, n (%)	826 (77)	168 (81)	0.423**
No, n (%)	239 (22)	38 (18)	
No sabe / no responde, n (%)	8 (1)	2 (1)	
Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical.			
Si	701 (63)	129 (60)	0.370**
No	62 (6)	17 (8)	
No sabe/ no responde, n (%)	348 (31)	70 (32)	
Bajo peso al nacer según carne y reporte de madre			
n (%)	844 (93)	164 (91)	0.321**
1 n (%)	66 (7)	17 (9)	
Control posparto			
Si, n (%)	540 (59)	113 (66)	0.055**
No, n (%)	381 (41)	57 (34)	
Preeclampsia-eclampsia			
Sí, n (%)	100 (10)	19 (10)	0.681**
No, n (%)	869 (89)	167 (90)	
No sabe / no responde, n (%)	4 (<1)	0 (0)	
Hemorragia			
Sí, n (%)	89 (9)	19 (10)	0.894**

No, n (%)	878 (90)	166 (89)	
No sabe / no responde, n (%)	6 (1)	1 (1)	
Ruptura prematura de membrana			
Sí, n (%)	102 (10)	18 (10)	0.531**
No, n (%)	868 (89)	168 (90)	
No sabe / no responde, n (%)	6 (1)	0 (0)	
Distocia de presentación			
Sí, n (%)	97 (10)	22 (12)	0.386**
No, n (%)	872 (89)	164 (88)	
No sabe / no responde, n (%)	7 (1)	0 (0)	
Desproporción cefalopélvica			
Sí, n (%)	139 (14)	24 (13)	0.707**
No, n (%)	827 (85)	159 (85)	
No sabe / no responde, n (%)	10 (1)	3 (2)	
Complicaciones neonatales			
Falta de llanto al nacer			
Sí, n (%)	168 (17)	34 (18)	0.909**
No, n (%)	801 (82)	151 (81)	
No sabe / no responde, n (%)	7 (1)	1 (1)	
Gemelos o múltiples			
Sí, n (%)	6 (1)	6 (3)	0.004**
No, n (%)	966 (99)	180 (97)	
No sabe / no responde, n (%)	4 (0)	0 (0)	
Depresión neonatal			
Sí, n (%)	171 (18)	35 (19)	0.522**
No, n (%)	799 (82)	151 (81)	
No sabe / no responde, n (%)	6 (<1)	0 (0)	
Aspiración amniótica			
Sí, n (%)	39 (4)	12 (6)	0.032**
No, n (%)	912 (93)	174 (94)	

No sabe / no responde, n (%)	25 (3)	0 (0)	
Circular de cordón umbilical			
Si, n (%)	60 (6)	9 (5)	0.64**
No, n (%)	902 (92)	175 (94)	
No sabe / no responde, n (%)	14 (2)	2 (1)	
Depresión posparto			
Poco interés			
Ninguna vez (cero días), n (%)	908 (67)	4275 (63)	0.006**
1 a 2 días, n (%)	362 (27)	2123 (31)	
3 a 4 días, n (%)	71 (5)	307 (5)	
5 a 7 días, n (%)	13 (1)	81 (1)	
Decaída/ desesperanzada			
Ninguna vez (cero días), n (%)	924 (68)	4303 (63)	0.003**
1 a 2 días, n (%)	358 (27)	2135 (32)	
3 a 4 días, n (%)	57 (4)	286 (4)	
5 a 7 días, n (%)	15 (1)	62 (1)	
Existió Missing en algunas variables * Mann-Whitney ** Chi^2			

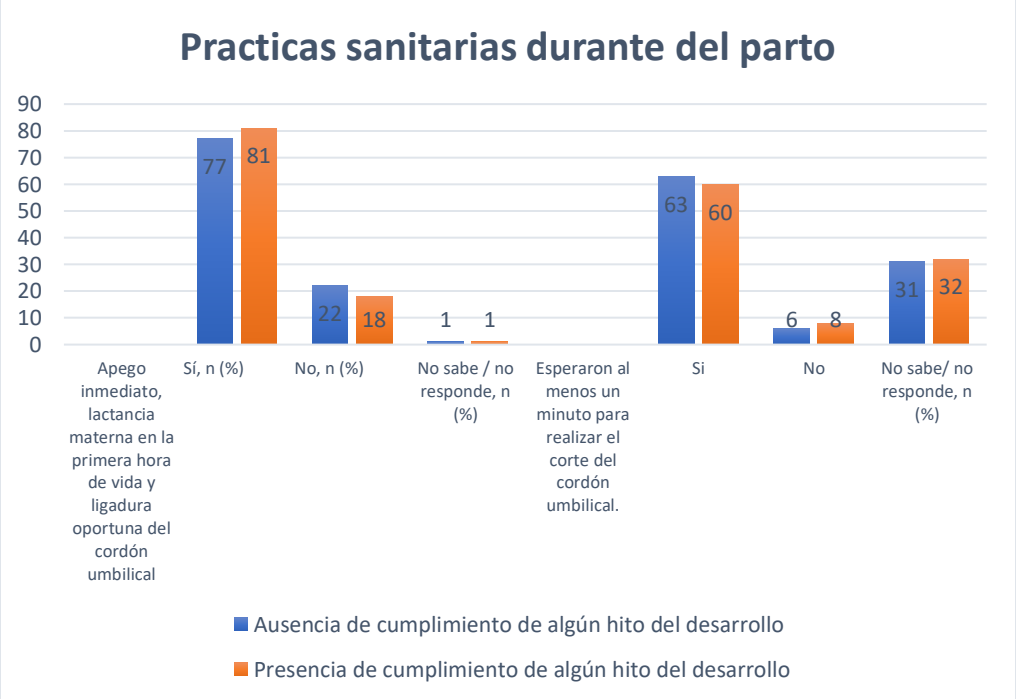
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 31 Tipo de parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



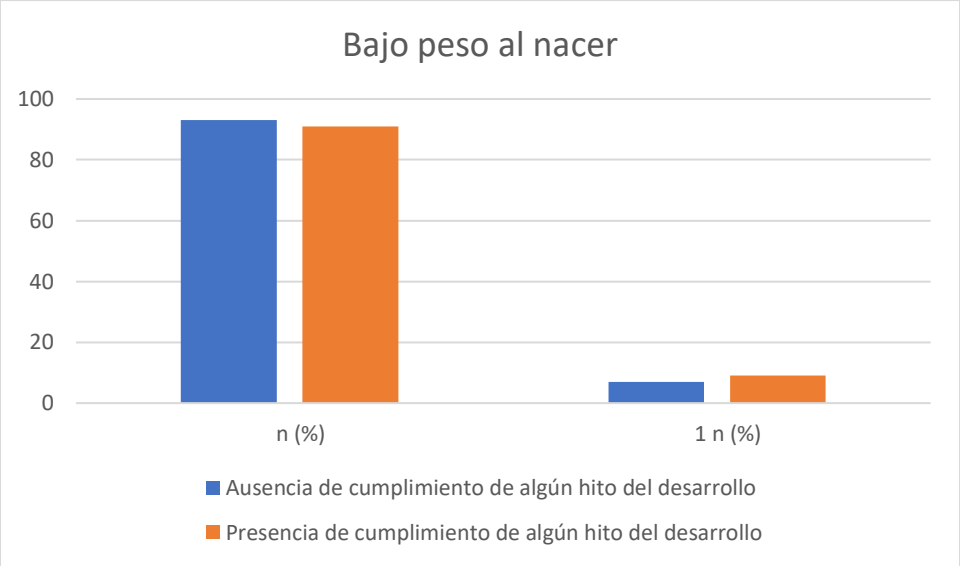
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 32 Practicas sanitarias durante el parto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



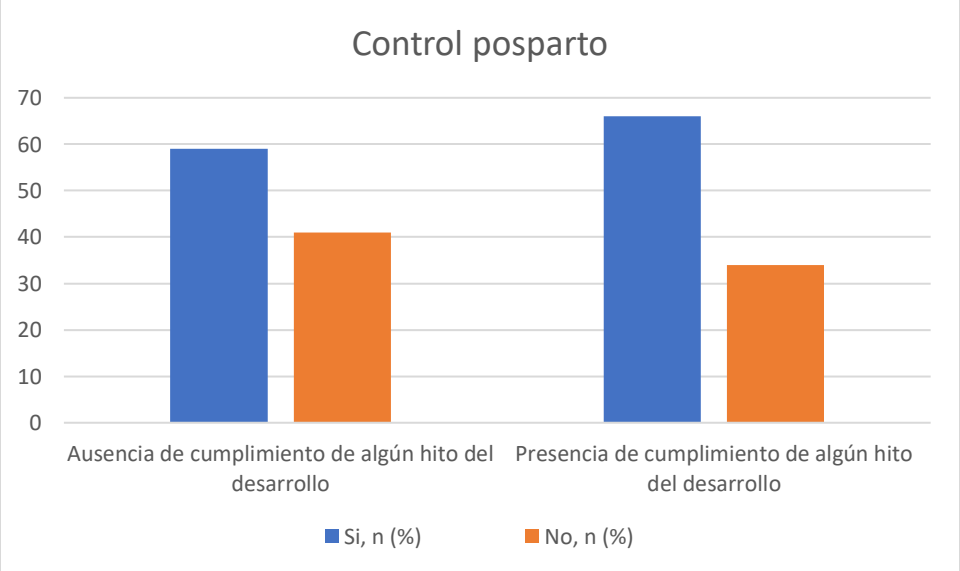
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 33 Bajo peso al nacer de los niños encuestados según la ENSANUT 2018



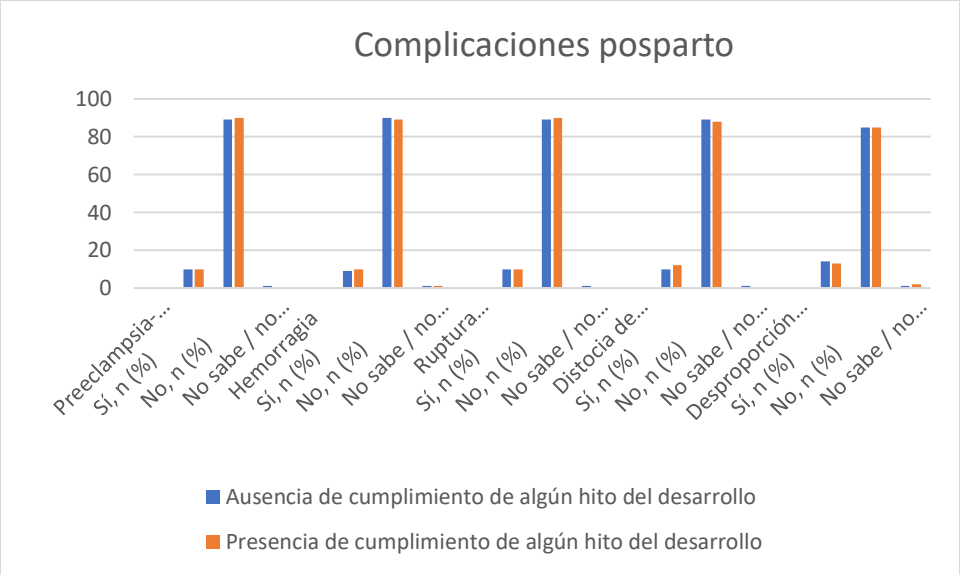
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 34 Control posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



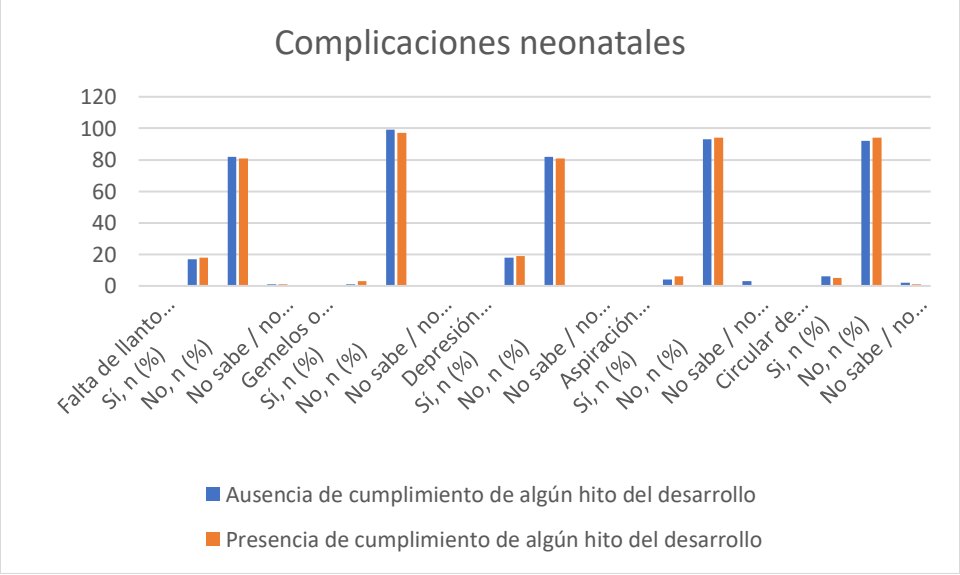
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 35 Complicaciones posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



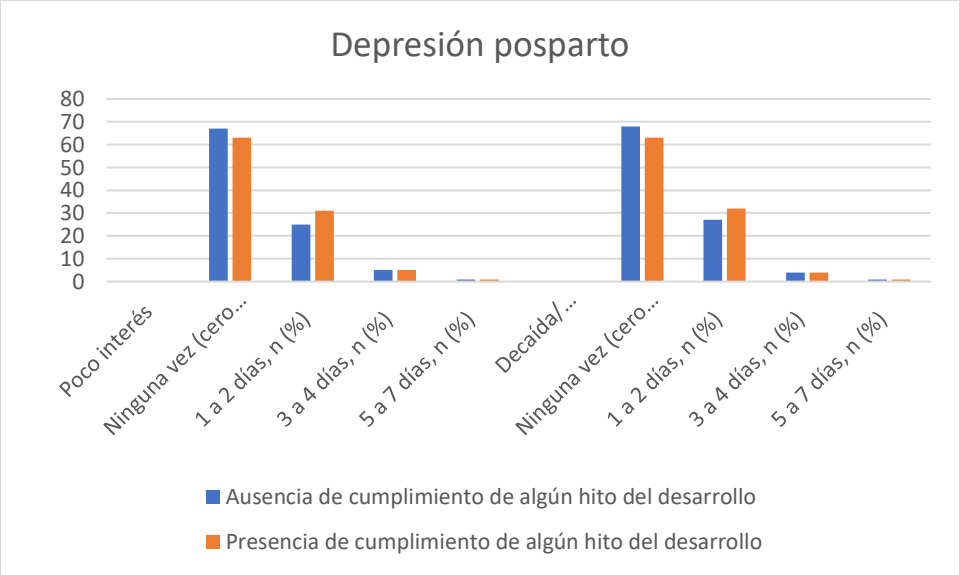
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 36 Complicaciones neonatales de los niños encuestados según la ENSANUT 2018



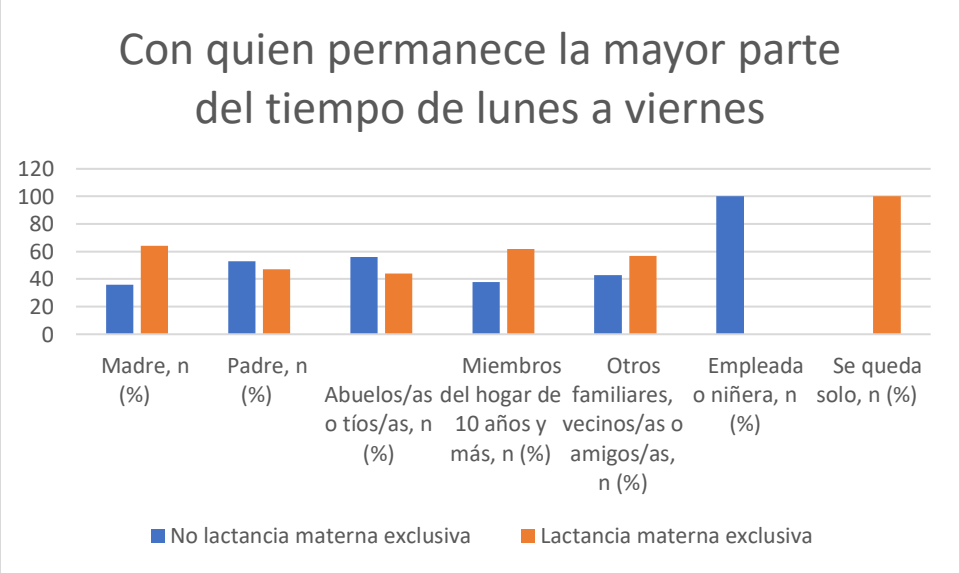
Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 37 Depresión posparto de las mujeres encuestadas según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 38 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes



Fuente: Tabla N°2b
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Cuando se compararon las diferencias en términos de desarrollo infantil entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva y quienes no, Encontramos que las que ahora siguieron lactancia materna exclusiva fueron cuidado es proporcionalmente mayor medida por sus madres versus aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva (64% versus 36%, p-valor = 0.007). Además, que estos no permanecieron solos en relación con los que no recibían lactancia materna exclusiva (67% versus el 63% p valor 0.77). Paradójicamente a lo pensado hubo una mayor proporción de niños a quienes les leyeron cuentos libros o revistas entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva versus quienes no (64% versus 36%, p-valor = 0.029).

Se observa además que las madres que proporcionaron lactancia materna exclusiva estimularon en mayor porcentaje a sus hijos ya sea con libros o juguetes, además de que también se observa la participación del padre, estos datos pueden ser observados a detalle en la tabla 2c y en la figura 43. Distinto a lo esperado, encontramos que hubo una ligera diferencia entre quienes recibieron lactancia materna exclusiva y quienes no en términos de cumplir algún hito del desarrollo motor (49% versus 51% p valor 0.00). (Tabla 2c)

Tabla 7 2c.- Datos desarrollo infantil

2c.- Datos desarrollo infantil	**No lactancia materna exclusiva**	**Lactancia materna exclusiva**	**p-valor**
Cuidados			
Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes			
Madre, n (%)	440 (36)	794 (64)	0.007*
Padre, n (%)	9 (53)	8 (47)	
Abuelos/as o tíos/as, n (%)	32 (56)	25 (44)	
Miembros del hogar de 10 años y más, n (%)	3 (38)	5 (62)	
Otros familiares, vecinos/as o amigos/as, n (%)	3 (43)	4 (57)	
Empleada o niñera, n (%)	3 (100)	0 (0)	
Se queda solo, n (%)	0 (0)	1 (100)	
En los últimos 7 días, cuantos días dejo al niño/a solo/a por más de			
0.00, n (%)	459 (37)	778 (63)	0.77*
1.00, n (%)	18 (37)	31 (63)	
2.00, n (%)	2 (18)	9 (82)	
3.00, n (%)	1 (25)	3 (75)	
4.00, n (%)	1 (50)	1 (50)	
5.00, n (%)	1 (100)	0 (0)	
6.00, n (%)	1 (25)	3 (75)	
88.00, n (%)	7 (37)	12 (63)	
Cuando usted no está, el cuidado del niño es realizado por familiares			
Si, n (%)	322 (41)	460 (59)	0.00*
No, n (%)	490 (37)	836 (63)	
Estímulos			
Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene			
0.00, n (%)	404 (36)	734 (64)	0.029**
1.00, n (%)	28 (44)	36 (56)	
2.00, n (%)	24 (49)	25 (51)	
3.00, n (%)	21 (64)	12 (36)	
4.00, n (%)	5 (29)	12 (71)	
5.00, n (%)	2 (25)	6 (75)	
6.00, n (%)	2 (25)	6 (75)	
7.00, n (%)	1 (100)	0 (0)	
8.00, n (%)	1 (100)	0 (0)	

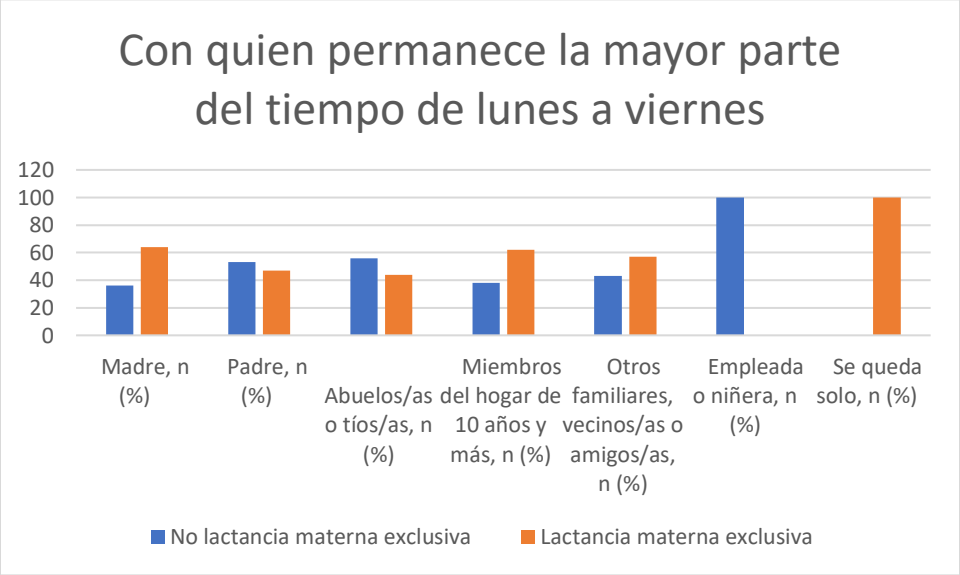
10.00, n (%)	2 (33)	4 (67)	
12.00, n (%)	0 (0)	1 (100)	
30.00, n (%)	0 (0)	1 (100)	
Juguetes hechos en casa como: muñecas de trapo, lana, carritos u otros			
Si, n (%)	137 (46)	160 (54)	0.001*
No, n (%)	350 (34)	673 (66)	
No sabe / no responde, n (%)	3 (43)	4 (57)	
Leyó libros o miro los dibujos de un libro con (…): madre			
Si, n (%)	68 (41)	96 (59)	0.287*
No, n (%)	17 (52)	16 (48)	
Leyó libros o miro los dibujos de un libro con (…): padre			
Si, n (%)	8 (40)	12 (60)	0.764*
No, n (%)	77 (44)	100 (56)	
Respuesta de la madre a la cuidadora			
¿La madre o cuidadora responde verbalmente cuando el niño le habla?			
Si, n (%)	221 (38)	364 (62)	0.580*
No, n (%)	269 (36)	472 (64)	
¿La madre o cuidadora celebra espontáneamente las cualidades del niño?			
Si, n (%)	260 (39)	405 (61)	0.105**
No, n (%)	230 (35)	431 (65)	
La madre o cuidadora regaña o ignora al niño durante la visita			
Si, n (%)	8 (33)	16 (67)	0.711**
No, n (%)	482 (37)	820 (63)	
¿Usted ha castigado físicamente al niño en los últimos siete días? (golpes)			
Si, n (%)	10 (23)	33 (77)	0.059*
No, n (%)	480 (37)	803 (63)	
¿La madre o cuidadora le grita al niño durante la visita?			
Si, n (%)	14 (36)	25 (64)	0.01**
No, n (%)	476 (37)	811 (63)	
Algún hito			
No cumple, n (%)	380 (34)	731 (66)	0.00*
Cumple, n (%)	110 (51)	106 (49)	
HOME P50 (P25 a P75)	19 (13 a 23)	17 (11 a 22)	

Existió Missing en algunas variables
* Mann-Whitney

** Chi²

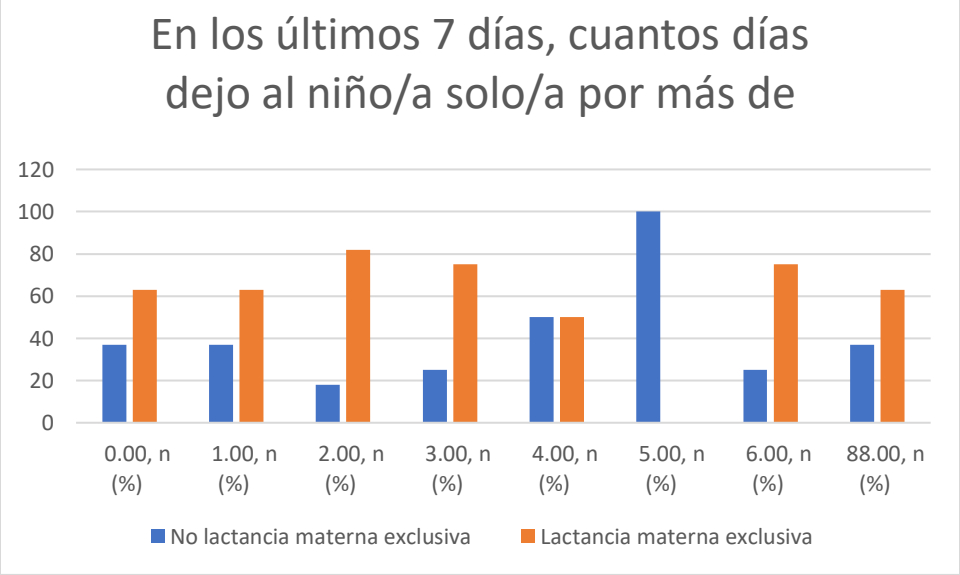
Modificado de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador ENSANUT, (2018).
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 39 Con quien permanece la mayor parte del tiempo de lunes a viernes los niños encuestados según la ENSANUT 2018



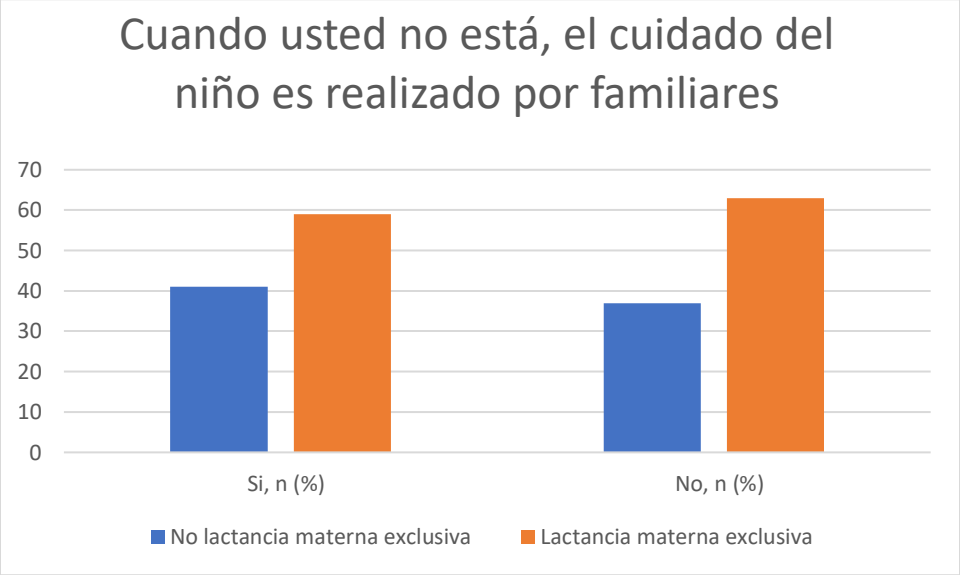
Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 40 Horas que permanecen solos los niños encuestados según la ENSANUT 2018



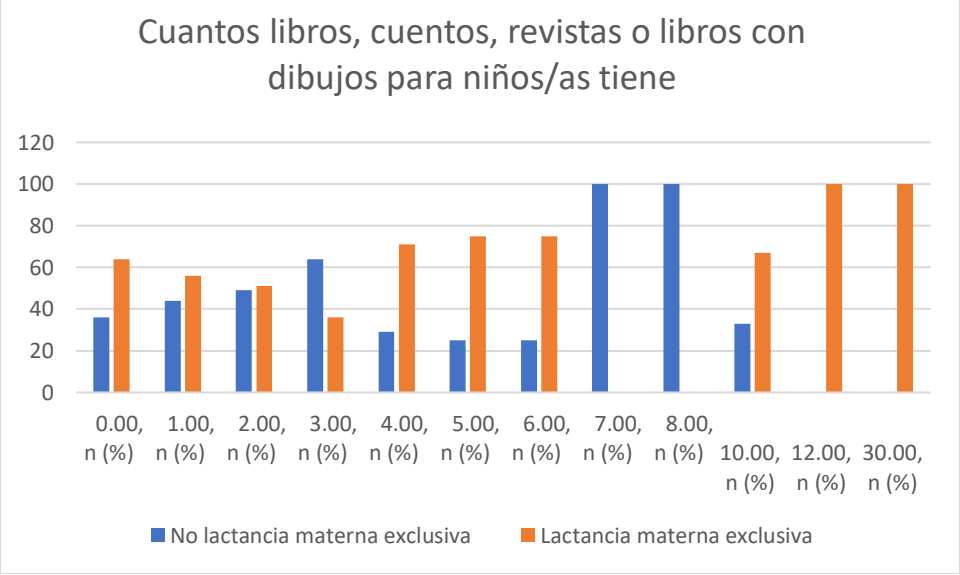
Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 41 Cuidado de los niños encuestados por parte de familiares según la ENSANUT 2018



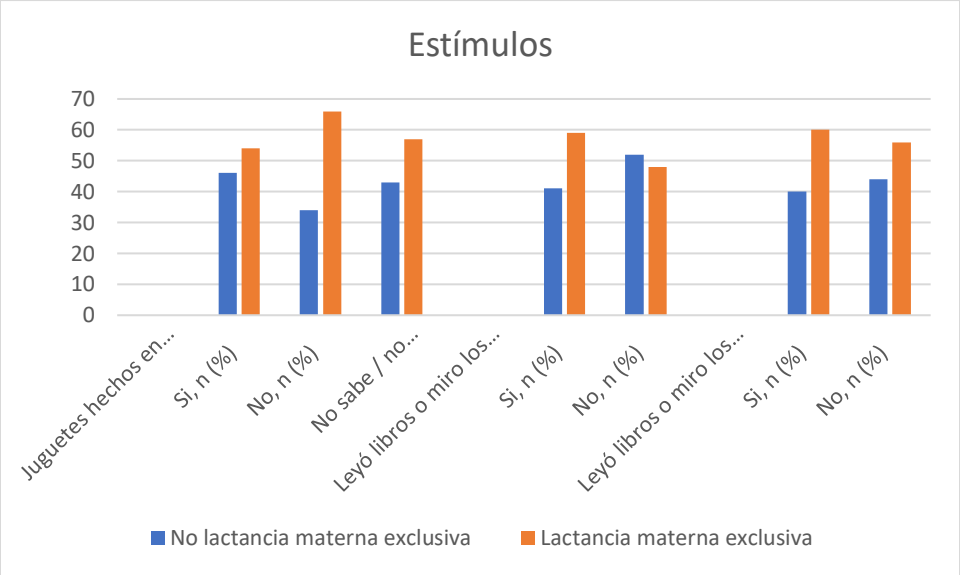
Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 42 Cuantos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene la familia según la ENSANUT 2018



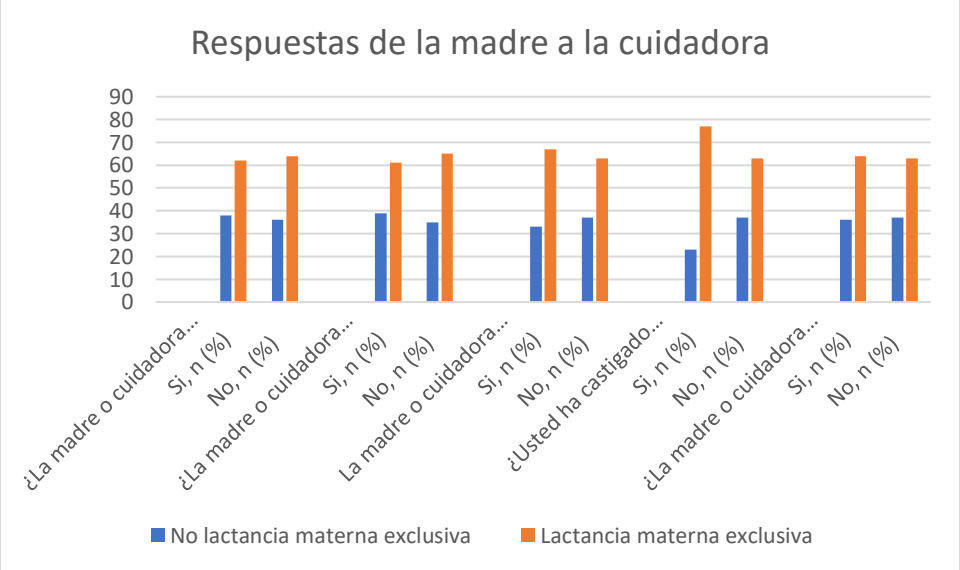
Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 43 Estímulos realizados a los niños según la ENSANUT 2018



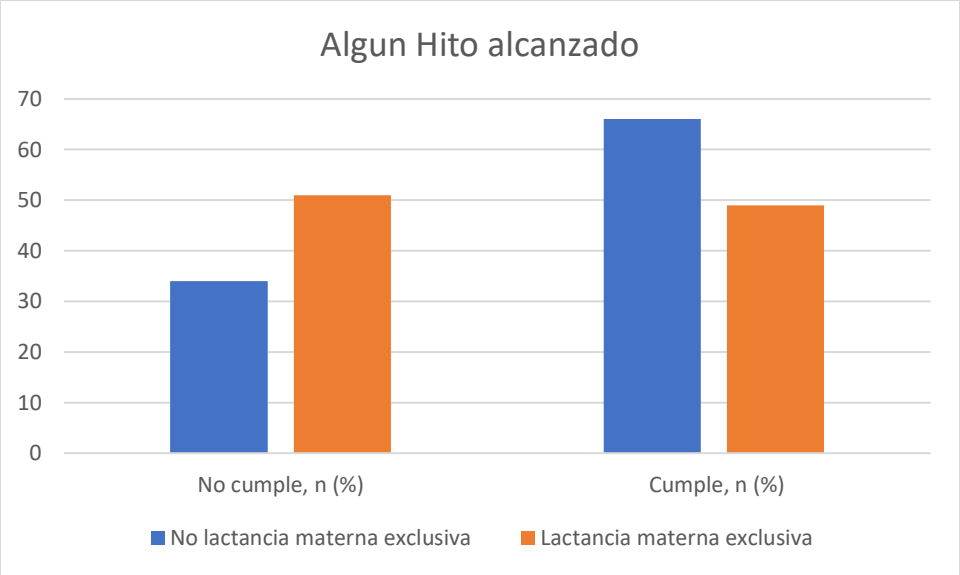
Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 44 Respuesta de la madre a la cuidadora según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

Figura 45 Hitos alcanzados en los niños según la ENSANUT 2018



Fuente: Tabla N°2c
Elaborado por: Saavedra, E / Zambrano, J.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Encontramos que no hubo asociación entre la lactancia materna exclusiva y diversos ámbitos del desarrollo psicomotor en lactantes de 6 o menos meses de edad.

Sin embargo, encontramos asociaciones entre la lactancia materna y el vínculo madre-hijo, en específico, observamos que las madres que brindan lactancia materna exclusiva permanecen mayor tiempo con sus hijos, y también los estimulan de manera adecuada.

No existen estudios que hayan demostrado asociaciones significativas entre la lactancia materna y ámbitos específicos del desarrollo psicomotor infantil. Los estudios encontrados se han realizado en pequeñas poblaciones o no son estadísticamente significativos. Entre estos estudios encontramos que en el llamado "*Duration Of Breastfeeding And Psychomotor Development In 1-Year-Old Children – Polish Mother And Child Cohort Study"* no encontró una asociación significativa entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo infantil después del ajuste por factores de confusión. (Stelmach et al., 2019)

Sin embargo, en el estudio denominado *"Influence Of Breastfeeding And Iron Status On Mental And Psychomotor Development During The First Year Of Life"* mostro que los bebés que recibieron LM durante al menos cuatro meses presentaron un índice de desarrollo psicomotor (PDI) más alto a los 6 y a los 12 meses de edad. (Jardí et al., 2018)

Esto implica desde el punto de vista investigativo que a pesar de que se conocen los beneficios claramente establecidos de la lactancia materna exclusiva tanto en la madre como en los niños, se necesitan más estudios para demostrar esta relación. Sin embargo, desde el punto de social, afectivo, económico, en salud, etc. la lactancia materna exclusiva es un Pilar importante dentro de los ejes del accionar de la cartera de salud y debes seguir promoviéndose con el objetivo de mejorar los vínculos entre las madres y los hijos y además incluir el rol de los padres en ese proceso.

Desde el punto de vista de salud pública a pesar de no encontrar una clara relación en los niños estudiados en la población ecuatoriana entre la lactancia materna exclusiva y el desarrollo psicomotor esto no afecta las recomendaciones ni los beneficios ya establecidos de la lactancia materna exclusiva.

Dentro de las limitaciones que se encontraron en este trabajo es que no se puede realizar un estudio mas amplio basado en una línea de tiempo para de esta manera poder verificar el avance en el desarrollo psicomotor de los niños, también se debe considerar que las personas que fueron encuestadas no se encontraban bajo las mismas variables lo cual genera que las asociaciones no estén lo suficientemente exactas.

Sin embargo, este estudio permitió valorar múltiples variables al mismo tiempo tales como edad materna, factores socioeconómicos entre otros los cuales se conoce intervienen dentro de las variables estudiadas. Además de que nos abre la puerta para sugerir se inicie un estudio más amplio y específico para de esta manera definir la hipótesis planteada.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- En base a los datos obtenidos en esta investigación no se ha logrado establecer una clara y directa relación entre la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad y el desarrollo psicomotor de los niños encuestados en la ENSANUT 2018.

- En base a los datos estadísticos se logró demostrar que, si existen asociaciones positivas entre la lactancia materna exclusiva y los factores que permiten el desarrollo psicomotor adecuado tales como estímulos verbales, visuales y practicas diarias afianzando la relación madre hijo.

- Las madres que proporcionaron lactancia materna exclusiva estimularon en mayor porcentaje (67%) a sus hijos ya sea con libros o juguetes en relación con los que no recibieron lactancia materna exclusiva.

RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN A FUTURO Y OTRAS RECOMENDACIONES

- Realizar estudios exclusivos y a mayor escala en relación con las variables estudiadas. Ya que el añadir factores a estudiar aumentaría el sesgo de información y desviaría la atención del objetivo planteado.

- Fortalecer las asociaciones positivas encontradas dentro de este estudio, ya que estas benefician de manera clara y directa el desarrollo infantil.

- El Ministerio de Salud Pública debe promover de manera más enfática la lactancia materna exclusiva ya que este se considera el alimento idóneo para los niños durante los seis primeros meses de vida.

- Promover la inclusión de padres dentro del proceso de desarrollo y crecimiento de los niños para de esta manera fortalecer el vínculo madre e hijo y de esta manera la práctica de lactancia materna exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

Anastasia, C., & María, D. (2018). *Producción Académica Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa El Libertador de la ciudad de Córdoba, año 2017.* 48.

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). *Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis 1 – 3*.

Ares Segura, S., Arena Ansótegui, J., & Díaz-Gómez, N. M. (2016). La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *Anales de Pediatria (Barcelona, Spain : 2003)*, *84*(6). https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.024

Central, U., Valle, D., & Cauca, D. (2021). *Involución del tracto reproductivo*. 1–27.

Comité de Lactancia Materna · Asociación Española. (2012). Recomendaciones sobre lactancia materna. *Pediatrics*, 16. https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna

Gerardo Weisstaub, N., Luisa Schonhaut, B., & Gabriela Salazar, R. (2017a). Breastfeeding, gross motor development and obesity, is there any causal association? *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(4), 451–457. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000400002

Gerardo Weisstaub, N., Luisa Schonhaut, B., & Gabriela Salazar, R. (2017b). Breastfeeding, gross motor development and obesity, is there any causal association? *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(4), 451–457. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000400002

Gómez M. (2004). *Influencia De La Lactancia Materna Sobre El Desarrollo Psicomotor Y Mental Del Niño*. 231.

Gómez Manuela. (2004). *Influencia de la Lactancia Materna sobre el Desarrollo Psicomotor y*

Mental del niño. 231. http://hdl.handle.net/10396/275

Peraza Roque, G. J. (2000). Lactancia materna y desarrollo psicomotor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *16*(4), 402–405.

perez, pere. (2017). Desarrollo psicomotor normal : factores de riesgo y signos de alerta. In *Pediatría en atención primaria* (Third Edit). Elsevier Espa8#241;a, S.L. https://doi.org/10.1016/B978-84-458-2043-8/00014-X

Richard J Schanler, M. (2013). Infant benefits of breastfeeding. *Uptodate*, 1–22.

Siu, C., Alfaro, N. C., Carranza, W., Garcés, A. L., Roldán, E., Sandoval, A., & Mogollón-Fao, V. (2016). La primera serie de la Revista The Lancet sobre Lactancia Materna. In *The Lancet* (Vol. 387). http://www.incap.int/

Valenzuela Galleguillos, S., Vásquez Pinto, E., & Gálvez Ortega, P. (2016). Factores que influyen en la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: Revisión temática y contexto en Chile. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, *1*(7), 12–19. http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wickes, I. G. (1953). A history of infant feeding: Part I. Primitive peoples: Ancient works: Renaissance writers. *Archives of Disease in Childhood*, *28*(138), 151–158. https://doi.org/10.1136/adc.28.138.151

Benítez-Mesa, M. G., & Dunia-Dahdah, M. R. (2011). Evaluación del Método de Estratificación Social Graffar-Méndez Castellano. *Universidad Católica Andrés Bello Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Escuela de Economía*. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Alfonso_Rodriguez-Morales/publication/273634940_EVALUACION_DEL_METODO_DE_ESTRATIFICACION_SOCIAL_GRAFFAR-MENDEZ_CASTELLANO/links/55078e980cf2d7a28125bd49/EVALUACION-DEL-

METODO-DE-ESTRATIFICACION-SOCIAL-GRAFFAR-MENDEZ-CA

Gerardo Weisstaub, N., Luisa Schonhaut, B., & Gabriela Salazar, R. (2017). Breastfeeding, gross motor development and obesity, is there any causal association? *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(4), 451–457. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000400002

Gómez M. (2004). Influencia De La Lactancia Materna Sobre El Desarrollo Psicomotor Y Mental Del Niño, 231. Retrieved from http://hdl.handle.net/10396/275

Johnson, T. S., Mulder, P. J., & Strube, K. (2007). Mother-infant breastfeeding progress tool: A guide for education and support of the breastfeeding dyad. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *36*(4), 319–327. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00165.x

perez, pere. (2017). *Desarrollo psicomotor normal : factores de riesgo y signos de alerta*. *Pediatría en atención primaria* (Third Edition). Elsevier Espa8#241;a, S.L. https://doi.org/10.1016/B978-84-458-2043-8/00014-X

Aites, A. J., & Schonwald, A. (2020). Vigilancia y cribado conductual del desarrollo en atención primaria, 1–30.

Alarcón, E., Alvarado, R., & Huitrón, E. (2009). Duración de la lactancia y desarrollo psicomotor en infantes de un programa de seguimiento. *Apuntes de Psicología*, *27*(1), 53–64. Retrieved from http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL. 27_1_2009/vol. 27_1_3.pdf

Anastasia, C., & María, D. (2018). Producción Académica Lactancia materna y su relación con el desarrollo psicomotor en niños/as de 2 a 5 años residentes en el barrio Villa El Libertador de la ciudad de Córdoba, año 2017., 48.

Bibbins-Domingo, K. (2016). Primary care interventions to support breastfeeding US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *316*(16), 1688–1693. https://doi.org/10.1001/jama.2016.14697

Carothers, C., & Gribble, K. (2014). Infant and young child feeding in emergencies. *Journal of Human Lactation*, *30*(3), 272–275. https://doi.org/10.1177/0890334414537118

Da Cunha, R. D. E. S., Lamy Filho, F., Rafael, E. V., Lamy, Z. C., & De Queiroz, A. L. G. (2016). Breast milk supplementation and preterm infant development after hospital discharge: A randomized clinical trial. *Jornal de Pediatria*, *92*(2), 136–142. https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.04.004

De, I., Schanler, A. R. J., & Potak, D. C. (2020). Iniciación de la lactancia materna., 1–25.

Gerardo Weisstaub, N., Luisa Schonhaut, B., & Gabriela Salazar, R. (2017). Breastfeeding, gross motor development and obesity, is there any causal association? *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(4), 451–457. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000400002

Gómez M. (2004). Influencia De La Lactancia Materna Sobre El Desarrollo Psicomotor Y Mental Del Niño, 231. Retrieved from http://hdl.handle.net/10396/275

Instituo Nacional de Salud Pública. (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Ensanut*, 47. Retrieved from https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

Lozano de la Torre, M. (2006). Beneficios de la lactancia materna. *Jano: Medicina y Humanidades*, (1594), 45.

Mundial, O., & Salud, D. (2010). Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. *Pediatria de Atencion Primaria*, *12*(48), 717–722. https://doi.org/10.4321/s1139-76322010000600018

Pereira-Cerro, A. V., Lanzarote-Fernández, M. D., Barbancho-Morant, M. M., & Padilla-Muñoz, E. M. (2019). Evolution of psychomotor development in pre-school children born prematurely. *Anales de Pediatria*, (xx), 4–11. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.10.003

Rigourd, V., Nicloux, M., Hovanishian, S., Giuséppi, A., Hachem, T., Assaf, Z., … Magny, J.-F. (2015). Consejos para la lactancia materna. *EMC - Pediatría*, *50*(2), 1–19. https://doi.org/10.1016/s1245-1789(15)71202-3

Schanler, R., & Potak, D. (2018). Lactancia materna: educación y apoyo de los padres - UpToDate, 1–17. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?search=contraindicaciones lactancia&source=search_result&selectedTitle=1~108&usage_type=default&display_rank=1

Siquier, A. S., Mur, P. R., & Angelini, C. F. (2019). *1 - Promoción y prevención en la infancia y la adolescencia*. *Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia* (Eight Edition). Elsevier Espa8#241;a, S.L.U. https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-185-4/00001-3

Taylor, J. A., Wright, J. A., & Woodrun, Y. D. (2019). *26 - Asistencia en la sala de recién nacidos*. *Avery. Enfermedades del recién nacido* (Tenth Edition). Elsevier Espa8#241;a, S.L.U.

https://doi.org/10.1016/B978-84-9113-388-9/00026-X

Valdivieso, K. (2019). Evolución histórica de la ENSANUT 2018. Retrieved from https://www.mendeley.com/viewer/?fileId=54bf0364-d338-0313-562b-217bb6b79861&documentId=ffcbdc4e-0686-3c4d-9ec8-c6e4dbb99032

Who. (2007). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. *World Health Organization*, *2007*(November), 1–19. https://doi.org/ISBN 978 92 4 159975 7

World Healt Organization (WHO). (2018). *Implementation GuidanceProtecting: pro- moting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services-the revised baby-friendly hospital initiative. Making EHS an Integral Part of Process Design*. https://doi.org/10.1002/9780470935576.ch7

Anderson, J. W., Johnstone, B. M., & Remley, D. T. (1999). *Breast-feeding and cognitive development : a meta-analysis 1 – 3*.

Central, U., Valle, D., & Cauca, D. (2021). *Involución del tracto reproductivo*. 1–27.

Valenzuela Galleguillos, S., Vásquez Pinto, E., & Gálvez Ortega, P. (2016). Factores que influyen en la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida: Revisión temática y contexto en Chile. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, *1*(7), 12–19. http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143158/Factores-que-influyen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jardí, C., Hernández-Martínez, C., Canals, J., Arija, V., Bedmar, C., Voltas, N., & Aranda, N. (2018). Influence of breastfeeding and iron status on mental and psychomotor development during the first year of life. Infant Behavior and Development, 50, 300–310. https://doi.org/10.1016/J.INFBEH.2017.05.009

Stelmach, I., Kwarta, P., Jerzyńska, J., Stelmach, W., Krakowiak, J., Karbownik, M., Podlecka, D., Hanke, W., & Polańska, K. (2019). Duration of breastfeeding and psychomotor development in 1-year-old children – Polish mother and Child cohort study. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 32(2), 175–184.

https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01328

2. ANEXOS

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Facultad de Medicina

PUCE

SUBCOMITÉ DE BIOÉTICA

Quito, 18 de marzo de 2021

SB-CEISH-POS-703

Doctora
Estefanía Zorayda Saavedra Moreira
Doctor
Jonathan Joaquín Zambrano Sosa
Estudiantes del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la PUCE
Presente. -

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, resuelve **Aprobar** el proyecto titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 6 MESES Y EL DESARROLLO PSICOMOTOR INFANTIL EN LA POBLACIÓN ECUATORIANA DE ACUERDO CON LA ENSANUT 2018".**

Por disposición del Consejo de Facultad, usted tiene a partir de esta fecha (18 de marzo de 2021) 8 semanas (14 de mayo de 2021) para presentar borradores de la disertación en la Secretaría de la Facultad de Medicina.

Atentamente,

Dr. Carlos Acurio Velasco
Subcomité de Bioética
Facultad de Medicina PUCE

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Telf.: (+593) 0 2 2991700 ext. 2130
Quito – Ecuador www.puce.edu.ec

instituto nacional de estadística y censos

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN ENSANUT – 2018

1

CONFIDENCIALIDAD:
LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

FORMULARIO DEL HOGAR

FORMULARIO ☐ *DE* ☐

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana ☐	2. Área Rural ☐
3. Provincia ☐☐	
4. Cantón ☐☐	
5. Cabecera cantonal o parroquial ☐☐	
6. Conglomerado ☐☐☐☐☐☐	
7. Zona ☐☐☐	
8. Sector ☐☐☐	
9. No. Secuencial de la vivienda ☐☐	
10. Número de hogares en la vivienda ☐	
11. Hogar ☐	
12. Período ☐	

B. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA EFECTIVA

Manzana: ☐☐☐	Edificio: ☐☐☐	
Calle:		
Localidad:		
Lote No.	Bloque No.	Patio No.
Piso No.	Casa No.	Depart. No.

C. DATOS DEL HOGAR

Número de miembros del hogar: ☐☐	
Número de No. miembros del hogar: ☐☐	
Nombre jefe hogar:	N° Telf.:
OBSERVACIONES:	

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

RESULTADO DE LA ENCUESTA	
1. Completa (efectiva)	☐
2. Rechazo	☐
3. Nadie en casa	☐
4. Vivienda temporal	☐
5. Vivienda desocupada	☐
6. Vivienda en construcción	☐
7. Vivienda inhabitable o destruida	☐
8. Vivienda convertida en negocio	☐
9. Otra razón, ¿cuál?	☐

E. PERSONAL RESPONSABLE

RESPONSABLE ZONAL:	
SUPERVISOR:	☐☐☐
ENCUESTADOR:	☐☐☐☐
CRÍTICO-CODIFICADOR:	☐☐☐
DIGITADOR:	☐☐☐
VALIDADOR:	☐☐

F. SEGUIMIENTO DE LAS VISITAS

	AÑO	MES	DÍA
Visita 1:	2018	☐☐	☐☐
Visita 2:	2018	☐☐	☐☐
Visita 3:	2018	☐☐	☐☐

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR (JEFE O CÓNYUGE)

1. VÍA DE ACCESO PRINCIPAL A LA VIVIENDA. (Por observación)

- Carretera/ calle pavimentada o adoquinada — 1
- Empedrado — 2
- Lastrado/ calle de tierra — 3
- Sendero — 4
- Río/ Mar — 5
- Otra, cuál ? (Especifique) — 6

2. TIPO DE VIVIENDA (Observación del encuestador)

- Casa o villa — 1
- Departamento — 2
- Cuarto/s en casa de inquilinato — 3
- Mediagua — 4
- Rancho — 5
- Choza — 6
- Covacha — 7
- Otra, cuál ? (Especifique) — 8

3. El material predominante del techo de la vivienda es:

- Hormigón/ losa/ cemento ? — 1
- Asbesto (eternit) ? — 2
- Zinc ? — 3
- Teja ? — 4
- Palma/ paja/ hoja ? — 5
- Otro, cuál ? (Especifique) — 6

4. El material predominante del piso de la vivienda es:

- Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón tratado/ piso flotante ? — 1
- Cerámica/ baldosa/ vinyl ? — 2
- Mármol/ marmetón ? — 3
- Cemento/ ladrillo? — 4
- Tabla/ tablón no tratado ? — 5
- Caña ? — 6
- Tierra ? — 7
- Otro, cuál ? (Especifique) — 8

5. El material predominante de las paredes de la vivienda:

- Hormigón/bloque/ladrillo? — 1
- Asbesto/cemento (fibrolit)? — 2
- Adobe/tapia? — 3
- Madera? — 4
- Bahareque (caña, carrizo revestido)? — 5
- Caña o estera? — 6
- Otra, cuál ? (Especifique) — 7

6. ¿El estado del (....) de la vivienda es:

	BUENO?	REGULAR?	MALO?
TECHO	1	2	3
PAREDES	1	2	3
PISO	1	2	3

7. ¿De cuántos cuartos dispone este hogar, sin incluir cuartos de cocina, baños, garajes o los dedicados exclusivamente para negocio?

- Número de cuartos

8. ¿De estos cuartos, cuántos utiliza este hogar en forma exclusiva para dormir?

- Número de cuartos exclusivos para dormir (Ninguno = 00)

9. ¿Este HOGAR cocina principalmente con:

- Gas? — 1
- Leña/ carbón? — 2
- Electricidad? (Inducción) — 3
- Otro, cuál? — 4
- No cocina — 5

10. ¿Con qué tipo de alumbrado cuenta principalmente este hogar:

- Empresa eléctrica pública? — 1
- Planta eléctrica privada? — 2
- Vela, candil, mechero, gas? — 3
- Ninguno? — 4

11. ¿Cómo elimina este hogar la mayor parte de la basura:

- Servicio municipal ? — 1
- Botan a la calle/ quebrada/ río? — 2
- La queman? — 3
- La entierran? — 4
- Contratan el servicio? — 5
- Otra, ¿cuál ? (Especifique) — 6

12. ¿El servicio de ducha con que cuenta el hogar es:

- Exclusivo del Hogar? — 1
- Compartido con otros hogares? — 2
- No tiene? — 3

13. ¿Con qué tipo de Servicio higiénico cuenta el hogar:

- Excusado y alcantarillado? — 1 → Pase a P.19
- Excusado y pozo séptico? — 2
- Excusado y pozo ciego? — 3
- Letrina? — 4 → Pase a P.15
- No tiene? — 5 → Pase a P.17

14. ¿Los desechos del pozo séptico / pozo ciego terminan en:

- Algún lugar abierto (río, quebrada, acequia, calle, patio, terreno, campo abierto)? — 1
- Permanecen en el pozo séptico /pozo ciego para luego ser enterrados? — 2
- Otra parte, siempre que no sea un sitio abierto? — 3
- No sabe — 4

→ Pase a P.16

15. ¿Con qué tipo de letrina cuenta el hogar:

- Letrina - hoyo con losa? (recubierta con algún material como cemento, madera, etc.) — 1
- Letrina – hoyo sin losa / fosa abierta? (hoyo rudimentario en el suelo) — 2

16. ¿Ha vaciado alguna vez el pozo séptico/ pozo ciego/ letrina que utiliza?

- Si — 1
- No — 2
- No sabe — 3

→ Pase a P. 20

17. ¿Puesto que mencionó que no tiene servicio higiénico; que hacen principalmente los miembros de este hogar:

- Van al monte, campo, bota en la basura en un paquete ? — 1 → Pase a P. 21
- Usan una instalación sanitaria cercana y/o prestada? — 2

18. ¿Qué tipo de instalación sanitaria cercana y/o prestada utiliza principalmente el hogar:

- Excusado y alcantarillado? — 1
- Excusado y pozo séptico? — 2
- Excusado y pozo ciego? — 3
- Letrina? — 4

Pase a P. 21

19. ¿Comparte usted el servicio higiénico que tiene con otras personas que no son miembros de este hogar?

1. Si — 2. No

20. ¿El servicio higiénico con que cuenta el hogar está ubicado:

- Dentro de la vivienda? — 1
- Fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno? — 2
- Fuera de la vivienda, pero fuera del lote o terreno? — 3

21. ¿De dónde obtiene el agua principalmente este hogar:

- Red pública? — 1 → Pase a P. 24
- Pila o llave pública? — 2
- Otra fuente por tubería? — 3
- Carro repartidor/triciclo? — 4
- Pozo? — 5
- Río/ vertiente/ acequia? — 6
- Otro, ¿cuál? (Especifique) — 7

→ Pase a P. 24

22. ¿Tiene medidor de agua?

1. Si — 2. No

23. ¿El agua que obtiene es de la Junta de Agua?

1. Si — 2. No

24. ¿El agua que recibe la vivienda es:

- Por tubería dentro de la vivienda? — 1
- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del edificio, lote o terreno? — 2
- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno? — 3
- No recibe agua por tubería, sino por otros medios? — 4

1

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ , soy funcionario del Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC; estamos visitando los hogares a nivel Nacional con la finalidad de conversar sobre temas de salud, educación y vivienda. La información que nos proporcione es 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 la efectividad de los programas sociales, y de salud de todo el país.

SECCIÓN 1: DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR (JEFE O CÓNYUGE)

AGUA PARA BEBER

25. ¿El agua que se usa para BEBER en este hogar principalmente proviene de:

- Red pública? 1
- Pila o llave pública? 2
- Otra fuente por tubería? 3
- Carro repartidor/ triciclo tanquero? 4
- Agua embotellada /envasada? 5
- Agua en funda? 6
- Pozo entubado/Pozo protegido? 7
- Pozo no protegido? 8
- Manantial/vertiente protegida? 9
- Manantial/vertiente NO protegida? 10
- Río o acequia? 11
- Recogen agua de la lluvia? 12
- Otra, ¿cuál ? (Especifique) 13

Pase a P. 28

26. ¿Dónde se encuentra esa fuente de AGUA PARA BEBER:

- En el interior de la vivienda? 1
- En el edificio/patio/lote de la vivienda? 2

Pase a P. 28

- En otro lugar? 3

27. ¿Cuánto tiempo se demora en llegar a la fuente, obtener agua para BEBER y regresar?

Minutos: ___

Si no sabe registre 888

28. ¿En las últimas 2 semanas, usted pudo obtener las cantidades necesarias de AGUA PARA BEBER?

- Si 1
- No 2
- No sabe 3

29. ¿Usted considera que el agua de la fuente que utiliza para BEBER, es apta para el consumo humano?

Si 1
No 2
No sabe 3

30. ¿Principalmente, el agua que BEBEN los miembros del hogar:

- La beben tal como llega al hogar? 1
- La hierven? 2
- Otro tratamiento? (Especifique) 3
- No sabe 4

LAVADO DE MANOS

31. ¿Puede mostrarme qué lugar usan con MAYOR FRECUENCIA los miembros del HOGAR para lavarse las manos?

Si 1
No 2 → Pase a P. 34

32. Señor Encuestador, por favor observe si existe la presencia de agua en el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR

- Si existe agua para el lavado de manos (verifique que la llave/bomba, cuenco, cubo, recipiente de agua u otros objetos similares tengan agua) 1
- No existe agua para el lavado de manos 2

33. Señor Encuestador, por favor observe cuales fueron los implementos de aseo que pudo encontrar en el lugar de lavado de manos (admite más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido) 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta) 2
- Ceniza/barro/arena 3
- Otro, cuál (Especifique) 4
- No tiene 5

Pase a P. 37

34. Señor Encuestador: Por qué razón no pudo observar el lugar donde se lavan las manos los miembros del HOGAR?

- El lugar no está en la vivienda / patio o lote 1
- No le permitieron observar el lugar 2
- No tiene o no usa un lugar específico 3
- Otro, cuál ? (Especifique) 4

35. ¿Existe agua disponible en el lugar donde los miembros del hogar se lavan las manos frecuentemente?

Si 1
No 2

36. ¿Utilizan los miembros de este hogar los siguientes implementos de limpieza para lavarse las manos (admite más de una respuesta):

- Jabón (en barra o líquido) ? 1
- Detergente (en polvo / líquido / en pasta)? 2
- Ceniza/barro/arena? 3
- Otro, ¿cuál ? (Especifique) 4
- No utiliza? 5

VIVIENDA

37. ¿La vivienda que ocupa este hogar es:

- En arriendo? 1
- Anticresis y arriendo? 2
- Propia y la está pagando? 3
- Propia y totalmente pagada ? 4
- Cedida? 5
- Recibida por servicios? 6
- Otra, cuál? (Especifique) 7

Pase a P.42

38. ¿Cuál es el valor que paga mensualmente por el arriendo?

Monto en dólares: ___

39. ¿En el valor que paga por el arriendo, se incluye el pago por el servicio de agua?

Si 1 No 2

40. ¿En el valor que paga por el arriendo, se incluye el pago por el servicio de luz?

Si 1 No 2

41. ¿Tiene relación de parentesco con el propietario de la vivienda?

Si 1 No 2

42. ¿Tiene este hogar acceso a internet?

Si 1 NO 2

43. ¿Tiene este hogar televisión por cable?

Si 1 NO 2

EQUIPAMIENTO

44. ¿Tiene este HOGAR:

	BIEN	A	Cuántos tiene? B
1	REFRIGERADORA?	SI 1 / NO 2 → SB	
2	COMPUTADORA?	SI 1 / NO 2 → SB	
3	LAVADORA?	SI 1 / NO 2 → SB	
4	LICUADORA?	SI 1 / NO 2 → SB	
5	HORNO, MICROONDAS?	SI 1 / NO 2 → SB	
6	PLANCHA?	SI 1 / NO 2 → SB	
7	TELEVISOR?	SI 1 / NO 2 → SB	
8	DVD?	SI 1 / NO 2 → SB	
9	CALEFÓN?	SI 1 / NO 2 → SB	
10	LÍNEA TELEFÓNICA?	SI 1 / NO 2 → SB	
11	AUTOMOVIL, CAMIONETA?	SI 1 / NO 2 → SB	

SECCION 2. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR - (PARA TODAS LAS PERSONAS)

MIEMBROS DEL HOGAR					SEXO	EDAD		FECHA DE NACIMIENTO			ELEGIBILIDAD						
Por favor, ¿me podría informar los nombres y apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este hogar, comenzando por el jefe o jefa del hogar? **REGISTRE de acuerdo al orden de la pregunta 7; NO omita los nombres de las personas adultas mayores y niños recién nacidos**					Hombre...1 Mujer.....2	¿Cuántos años cumplidos tiene (...)? **PARA MENORES DE 5 AÑOS CUMPLIDOS, REGISTRE AÑOS Y MESES**		¿Cuál es la fecha de nacimiento de (...)?			**IDENTIFICACIÓN DE MIEMBROS DE HOGAR** Miembro Enlistamiento.... 1 Nuevo Miembro.....2 Cambio de Hogar.....3 No miembro.....4 **FIN DE LA ENCUESTA PARA ESE MIEMBRO**	DE ACUERDO CON LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE PERSONAS, EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE REGISTRE EL CÓDIGO DE LA SELECCIÓN Y EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA PARA CADA UNO DE LOS FORMULARIOS EN LA LÍNEA DE LA PERSONA SELECCIONADA **SELECCIÓN Y RESULTADO DE LA ENTREVISTA**: Seleccionado Completa..... 1; Seleccionado Rechazo..... 2; Seleccionado Ausente..... 3; Seleccionado Otra razón.... 4; No Seleccionado..... 5					
	PRIMER NOMBRE	**SEGUNDO NOMBRE**	**PRIMER APELLIDO**	**SEGUNDO APELLIDO**		**AÑOS**	**MESES**	**DÍA**	**MES**	**AÑO**		**FORMULARIO No.**					
												F1	F2	F3	F4	F5	F6
												Formulario del hogar Sección B 10 años y más	MEF 15 a 49 años	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HOMBRES 12 años y más	FACTORES DE RIESGO De 5 a menores de 18 años	DESARROLLO INFANTIL Menores de 5 años	BIOQUÍMICA
Cod Per	**Cod. Enl.**	**1**			**2**	**3**		**4**			**5**	**6**					
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARENTESCO	SEGURO		IDENTIFICACIÓN ÉTNICA	PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR											
¿Cuál es el parentesco de (…) con el jefe (a) de este hogar? - Jefe/a de hogar.....1 - Cónyuge.....2 - Hijo/a.....3 - Yerno / nuera.....4 - Nieto / nieta.....5 - Padres / suegros....6 - Otros parientes.....7 - Empleada/o dom....8 - Otros no parientes..9	¿(…) está afiliado o cubierto por: - IESS, Seguro General?.....1 - IESS, Seguro Voluntario?...2 - Seguro Campesino?.....3 - Seguro del ISSFA/ISSPOL..4 - Seguro de salud privado?...5 - Ninguno?.....6		¿Cómo se **IDENTIFICA (…)** según su cultura y costumbres: - Indígena?.....1 - Afroecuatoriano/a Afrodescendiente?....2 - Negro/a?.....3 - Mulato/a?.....4 - Montuvio/a?.....5 - Mestizo/a?.....6 - Blanco/a?.....7 - Otra, ¿cuál?.....8 (Especifique)	Usted (…): - Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?.....A - Tiene dificultad para oir, incluso si utiliza un audífono?.....B - Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?.....C - Tiene dificultad para recordar o concentrarse?.....D - Tiene dificultad para bañarse o vestirse ?.....E - Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse, es decir, comprender o ser comprendido ?....F Ninguna dificultad.....1 Si respondió todo código 1 Pase a P. 14 Algo de dificultad.....2 Mucha dificultad.....3 No puede hacer Nada....4						¿Tiene (…) carné de discapacidad emitido por el CONADIS o el MSP? Si.....1 No.....2 Pase a P.13	¿Qué porcentaje tiene (…)?	¿Fue visitado (…) por la Misión Manuela Espejo? Si.....1 No.....2	¿El padre de (…) vive en este hogar? Si.....1 No.....2	
		Altern. 1	Altern. 2	A	B	C	D	E	F				CÓD.	CÓD PERS.	
COD PER	7	8		9	10						11	12	13	14		COD PER
01	1															01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

3

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR			ESTADO CIVIL/ CONYUGAL	CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES (PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS)									
¿La madre de (…) vive en este hogar? Si.....1 No.....2			**Para personas de 12 años y más** ¿Actualmente, cuál es su **ESTADO CIVIL ó CONYUGAL**? Casado.....1 Unión libre.....2 Unión de hecho....3 Separado.....4 Divorciado.....5 Viudo.....6 Soltero.....7	¿Asiste (…) actualmente a clases? SI.....1 NO.....2 **Pase a P.19**	¿(…) asiste a la jornada de: La mañana?..... 1 La tarde?..... 2 La noche?..... 3 Jornada Integral?..... 4 Dos jornadas?..... 5 A distancia?..... 6	¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó (…)? Ninguno.....1 Centro de alfabetización.....2 Jardín de Infantes.....3 Primaria.....4 Educación Básica.....5 Secundaria.....6 Educación Media / Bachillerato.....7 **Pase a P. 23** Superior no Universitario.....8 Superior Universitario.....9 Post-grado, Doctorado, PHD.....10 **Pase a P. 21**		¿Sabe (…) leer y escribir? SI....1 NO..2 **Pase a P. 23**	Por los estudios realizados ¿obtuvo algún Título Superior? SI....1 NO..2	¿Qué título obtuvo (…)?	TIC'S ¿(…) tiene teléfono celular **activado**? SI.....1 NO.....2		
	CÓD.	CÓD. PERS.				NIVEL	AÑO APROBADO				CÓD.	Cuántos?	
COD PER	15		16	17	18	19		20	21	22	23		COD PER
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

REGISTRE EL CÓDIGO DE LA PERSONA QUE INFORMA

1 ¿Qué hizo (…) la semana pasada:

Trabajó al menos una hora? ..... 1 → **Pase a P.10**

No trabajó?.. 2

2 ¿Realizó (…) la semana pasada alguna actividad dentro o fuera de su casa para ayudar al mantenimiento del hogar, tal como:

- Atender negocio propio?..... 1
- Fabricar algún producto?..... 2
- Hacer algo en casa por un ingreso?..... 3
- Brindar algún servicio?..... 4
- Ayudar en algún negocio familiar?..... 5
- Ayudar en el trabajo de algún familiar?..... 6
- Como aprendiz remunerado en dinero o en especie?..... 7
- Labores agrícolas o cuidado de animales?..... 8
- Estudiante que realizó algún trabajo?..... 9
- Trabajar para otra familia?..... 10
- Otra actividad por un ingreso? 11

→ **Pase a P.10**

No realizó ninguna actividad? 12 → **Pase a P.3**

3 ¿Aunque (…) no haya trabajado la semana pasada, tiene algún trabajo o negocio al cual seguro va a volver?

Si ..... 1 → **Pase a P.5**

NO 2

4 ¿Por qué razón (…) no trabajó la semana pasada?

- Vacaciones o días feriados..... 1
- Enfermedad o accidente..... 2
- Huelga o paro..... 3
- Licencia con sueldo..... 4
- Licencia sin sueldo..... 5
- Suspensión temporal del trabajo 6
- Otro, ¿cuál?_____ (Especifique) 7

→ **Pase a P.10**

5 ¿Durante las últimas cuatro semanas (…) hizo alguna gestión para buscar trabajo tal como:

- Acudir a sitios de contratación temporal?..... 1
- Hablar con amigos o parientes? 2
- Buscar en la prensa o radio? 3
- Acudir a agencias de empleo? 4
- Tratar de establecer su propio taller, empresa o negocio? 5
- Asistir a entrevistas?..... 6
- Colocar carteles o propagandas en tiendas o negocios? 7
- Buscar por Internet?..... 8
- Enviar o presentar hojas de vida (carpeta)?..... 9
- Otra gestión? _____ (Especifique) 10

No realizó ninguna gestión para buscar trabajo..... 11 → **Pase a P.7**

6 ¿Hace cuánto tiempo busca trabajo (…)?

→ **Pase a P.8**

No. semanas

7 ¿Por qué razón no buscó trabajo (…):

- Tiene un trabajo esporádico u ocasional?..... 1
- Tiene un trabajo Para empezar inmediatamente?..... 2
- Espera respuesta a una gestión para empresa o negocio propio?..... 3
- Espera respuesta de un empleador u otras gestiones para conseguir empleo?..... 4
- Espera cosecha o temporada de trabajo?..... 5
- Piensa que no le darán trabajo o se cansó de buscar?..... 6
- No cree poder encontrar?..... 7

→ **Pase a P.8**

- No tiene necesidad o deseos de trabajar?..... 8
- No tiene tiempo?..... 9
- Su cónyuge o su familia no le permiten?..... 10
- Está enfermo/incapacitado?..... 11
- No está en edad de trabajar?..... 12

→ **Pase A P.9**

COD PER	COD. PER. INF.	1	2	3	4	5	6	7	COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES

COD PER	8 ¿(…) está disponible para trabajar? Si ..... 1 Pase a P.23 No 2	9 ¿ (…) es: Rentista?..... 1 Jubilado o pensionado?..... 2 Estudiante?..... 3 Ama de casa?.. 4 Incapacitado?... 5 Otro, cuál? .....6 Pase a P.23	10 RAMA DE ACTIVIDAD ¿A qué se dedica principalmente la empresa, negocio, establecimiento, institución o finca donde trabaja o trabajó (…)? DESCRIBA LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES USO INEC	11 GRUPO DE OCUPACIÓN ¿En relación a su ocupación, qué trabajo realiza(ba) (…)? REGISTRE LAS TAREAS PRINCIPALES USO INEC	12 CATEGORÍA DE OCUPACIÓN En el lugar indicado (…) trabaja o trabajó como: Empleado(a)/obrero(a) de gobierno/ estado?..... 1 Empleado(a)/obrero(a) privado?..... 2 Jornalero(a) o peón?..... 3 Patrono(a)?..... 4 Cuenta propia?..... 5 Trabajador(a) del hogar no remunerado?..... 6 Trabajador(a) no remunerado en otro hogar?..... 7 Pase a P.23 Empleado(a) Doméstico(a)?..... 8	13 SITIO DE TRABAJO ¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (…): Local de una empresa o del patrono?..... 1 Una obra en construcción?.. 2 Se desplaza?..... 3 Al descubierto en la calle?... 4 Kiosko en la calle?..... 5 Local propio o arrendado?.... 6 Vivienda distinta a la suya?.. 7 Su vivienda?..... 8 Su finca o terreno?..... 9 Finca o terreno ajeno?..... 10	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

ESTRATEGIAS PARA DESCRIBIR LA ACTIVIDAD ECONÓMICA					ESTRATEGIAS PARA DESCRIBIR LA OCUPACIÓN
¿QUÈ HACE?	¿CUÁL ES EL PRODUCTO?	¿CON QUÈ LO HACE?	ACTIVIDAD ECONÓMICA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO	OCUPACIÓN (DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES o TAREAS o LABORES)
Cultiva	Flores		Cultivo de flores	Texas flowers S.A.	Agricultor: Siembra, cultiva, cosecha, recoge las flores
Cultiva y cría	Maíz y cerdos		Cultivo de maíz y cría cerdos	Hacienda "Cordovez"	Productor agropecuario: Sembrar y cultivar maíz y criar cerdos
Explotación de canteras	Piedra		Explotación de canteras de piedra	Minas Lican	Minero: Extraer piedra de la mina
Producción	Azúcar	Caña de azúcar	Producción de azúcar de caña	Ingenio azucarero Valdez	Peón agrícola: Limpia y riega el terreno
Fabricación	Tubos	Plástico	Fábrica de tubos de plástico	Tuboplas	Operador de máquina para la fabricación de tubos de plástico
Confección	Prendas de vestir, ternos	Máquina	Confección de prendas, ternos	Sastrería "Carlos"	Sastre: Confecciona prendas de vestir a la medida
Servicio	Educación	En escuela	Servicio de educación en Escuela	Escuela La Providencia	Profesora: Enseña, dirige tareas a niños de Quinto de Básica
Servicio	Salud	Hospital	Servicio de Salud en Hospital	Hospital Regional MSP	Médico cardiólogo: Atiende, diagnostica y receta a los pacientes
Transporte	Pasajeros	Bus urbano	Transporte de pasajeros bus urbano	Transporte "Chillogallo"	Chofer: Transporta pasajeros en bus urbano
Venta	Víveres	En tienda	Venta de víveres en tienda	Abarrotes "La golosina"	Vendedor: Atiende, despacha víveres en la tienda
Venta	Caramelos	Ambulante	Venta de caramelos ambulantemente		Vendedor: Ambulante de caramelos
Venta	Verduras	Mercado	Venta de verduras al por menor en puesto de mercado		Vendedor: Vende verduras en el puesto de mercado
Reparar	Sistema eléctrico	Vehículos	Servicio de reparación del sistema eléctrico de vehículos	Mecánica Electrocar	Electricista: Arregla el sistema eléctrico de automotores
Asesoría	Contable		Asesoría Contable	Estudio contable "Ruiz"	Asesor Contable: Lleva las contabilidades, declara impuestos de diferentes empresas
Construir	Casas		Construcción de casas	Constructora "Vial"	Albañil: Construye casas, levanta paredes - columnas, funde lozas
Construir	Casas		Construcción de casas		Peón de albañil: cierne la arena, y pasa materiales (bloques, ladrillos, etc.)
Servicio	Internet y juegos		Servicio de alquiler de internet y juegos en red	Cibercafé Paola	Cobra el servicio del alquiler de las computadoras
Servicio	De corte de cabello		Servicio de peluquería	Peluquería "Estilos"	Estilista: lava, corta peina el cabello
			Hogar o casa particular	S/N	Empleada doméstica (Sirvienta): limpiar, cocinar, lavar, planchar, etc.
			Hogar o casa particular	S/N	Niñera: Cuida, da de comer, limpia, entretiene a niños

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARA PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – (INFORMANTE CALIFICADO)

INGRESOS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

¿Cuántos trabajos tuvo (...) en la semana pasada?		OCUPACIÓN PRINCIPAL								OCUPACIÓN SECUNDARIA			
		PATRONOS Y CUENTA PROPIA (Si en pregunta 12 registraron códigos: 4 o 5)			ASALARIADOS Y EMPLEADOS DOMÉSTICOS (Si en pregunta 12 registraron códigos: 1,2,3 y 8)					ASALARIADOS E INDEPENDIENTES (Si en pregunta 14 registraron código 2)			
Uno.....1 Más de uno..2		En el mes de ..... ¿cuál fue el monto en dinero que recibió (...) por la venta de los productos, bienes o servicios de su negocio o establecimiento?	En el mes de ..... ¿retiró de su negocio o tomó de lo que produce o vende, bienes, servicios o productos para el consumo del hogar? SI.....1 NO.....2	En el mes de ..... ¿cuánto gastó para el funcionamiento de su negocio en: compra de mercadería, pago de mano de obra, insumos o materia prima de los productos que vende, produce o los servicios que ofrece?	En el mes de ..... en su ocupación como (...) ¿cuánto dinero líquido recibió por concepto de sueldo o salario y otros ingresos? **Registre 00 si todavía no ha cobrado**	En el mes de ..... ¿cuánto le descontaron en total por las aportaciones al IESS, impuesto a la renta, comisariatos, almacenes, cooperativas, asociaciones, etc.?	En el mes de ....., además de su ingreso monetario ¿recibió por su trabajo especies o servicios tales como: alimentos, vivienda, vestido, etc.? SI.....1 NO.....2		En su (s) otra (s) ocupación (es), ¿cuál fue su ingreso monetario total, ya sea como asalariado o por concepto de ganancia en el mes de.....?	En su (s) otra (s) ocupación (es) ¿recibió por su trabajo pago en especies o retiró del negocio o producción bienes o productos para el consumo del hogar, en el mes de .....? SI.....1 NO.....2		
		MONTO	CÓD.	MONTO	MONTO	MONTO	MONTO	CÓD.	MONTO	MONTO	CÓD.	MONTO	
COD PER	14	15	16		17	18	19	20		21	22		COD PER
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN 3: ACTIVIDADES ECONÓMICAS (PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS – INFORMANTE CALIFICADO)

OTROS INGRESOS

COD PER	INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES		TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS								BONO DE DESARROLLO HUMANO			BONO POR DISCAPACIDAD			COD PER
	23		24		25		26				27	28		29	30		
	¿Recibió en el mes de ..... ingresos por concepto de intereses por cuenta de ahorros, corrientes, préstamos a terceros, hipotecas, bonos por acciones, arriendo de casas, edificios, terrenos, maquinaria, etc.? SI....1 NO....2		¿Recibió en el mes de ..... ingresos por concepto de pensión por: jubilación, orfandad, viudez, invalidez, enfermedad, divorcio, cesantía, etc.? SI....1 NO....2		¿Recibió en el mes de ..... dinero o especies por regalos o donaciones de personas o instituciones que vivan dentro del país? SI....1 NO....2		¿Recibió en el mes de ..... dinero o especies enviado por parte de familiares o amigos que vivan en el exterior? SI....1 NO....2		¿Recibe el BONO DE DESARROLLO HUMANO? SI....1 NO....2 Pase a P.29	¿Cuánto recibió en el mes de ..... por el BONO DE DESARROLLO HUMANO? Si no recibió registre 00		¿Recibe el BONO POR EL CUIDADO BRINDADO A UNA PERSONA DISCAPACITADA DEL HOGAR? SI....1 NO....2 Pase a Sección 4	¿Cuánto recibió en el mes de ..... por el BONO DE DISCAPACIDAD JOAQUÍN GALLEGOS LARA? Si no recibió registre 00		
	CÓD.	MONTO	CÓD.	MONTO	CÓD.	MONTO	CÓD.	MONTO				MONTO	DE CUÁNTOS MESES?		MONTO	DE CUÁNTOS MESES?	
01																	01
02																	02
03																	03
04																	04
05																	05
06																	06
07																	07
08																	08
09																	09
10																	10
11																	11
12																	12

ENFERMEDADES

RESPIRATORIAS: Gripe común, sinusitis, rinosinusitis, faringitis/adenitis, laringitis, traqueitis, bronquitis, bronquiolitis, neumonía, otitis media, tuberculosis, asma, enfisema. Los síntomas principales incluyen congestión nasal, tos, rinitis, dolor de garganta, fiebre y estornudos.

CARDIOVASCULARES: Infartos, derrames, insuficiencia cardiaca, soplos al corazón, angina, ateroesclerosis, accidente cerebro vascular apoplejía, enfermedades cerebro vasculares, enfermedad de la arteria coronaria, enfermedad vascular periférica, várices, trombosis.

DIGESTIVAS: Enfermedad diarreica aguda, parasitosis, infecciones digestivas, salmonellosis, fiebre tifoidea, intoxicación alimentaría, cólera, indigestión, apendicitis, gastritis, colitis, úlceras pépticas, hepatitis, fibrosis quística, colecistitis (infección en la vesícula biliar), colelitiasis (cálculos en la vesícula biliar), pancreatitis.

PROBLEMAS DE LA PIEL: Dermatitis, roncha, acné, psoriasis, sarpullido, eccema, hiper-pigmentación, rosácea, pecas, herpes, verrugas.

PROBLEMAS DE LOS OJOS: Desprendimiento de la retina, hipermetropía, estrabismo, miopía, glaucoma, cataratas, orzuelos, degeneración macular

PROBLEMAS NEUROMUSCULARES: Mialgias (dolor muscular), neuritis, distrofia muscular (debilidad muscular y pérdida de la masa muscular), torceduras y distensiones, calambres o tendinitis, miositis (inflamación).

PROBLEMAS DENTALES: Caries, gingivitis, piorrea, dolor de muelas, dientes impactados, bruxismo.

PROBLEMAS DEL EMBARAZO: fatiga, acidez, problemas de espalda, cambios de humor, trastornos del sueño, náuseas matutinas, sofocos y sudores, calambres en las piernas, estreñimiento.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: Depresión, ansiedad, fobias, adicciones, obsesiones, inseguridad, timidez, estados de ánimo cambiantes, hipocondría (miedo a padecer una enfermedad), trastornos del sueño, en general comportamientos inadecuados que impiden a las personas adaptarse a su medio.

PROBLEMAS ÓSEOS: artrosis, osteoporosis, enfermedad de paget, osteoartritis, escoliosis, lordosis.

FRACTURAS, HERIDAS, GOLPES

ENFERMEDADES CRÓNICAS: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, artritis.

ENFERMEDAD DE LA MUJER: Falta de menstruación (no por causas del embarazo), menstruaciones irregulares, menstruaciones dolorosas, quistes en ovarios, mastitis, menopausia, turmor en las mamas, dolor permanente en la pelvis, infecciones vaginales, infertilidad, inflamación de los ovarios, inflamación de las trompas de falopio, incontinencia, osteoporosis, cáncer de útero, mama, vagina, ovario.

ENFERMEDAD DEL HOMBRE: Prostatitis, varicocele (enfermedades del testículo), inflamaciones del glande, cáncer del pene, testículos, próstata, impotencia.

ENFERMEDADES TRADICIONALES: mal de ojo, mal aire, espanto

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES: Paludismo, dengue, leishmaniosis, fiebre amarilla.

PREVENIBLES POR VACUNACIÓN: Rubéola, hepatitis B, tosferina, tétanos, tétanos neonatal, difteria, poliomielitis, sarampión, influenza, varicela.

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PREFERENCIAS TERAPÉUTICAS

(…) Para tratar sus problemas de salud, acude o acudiría principalmente a:

MEDICINA GENERAL
(CONVENCIONAL)?.....1

MEDICINA ALTERNATIVA
Homeopatía?.....2
Acupuntura?.....3
Fitoterapia?.....4

MEDICINA ANCESTRAL?
(curanderos/shamán/ partera/limpiador).....5

Otro, cuál?_____ 6
Especifique

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

PROBLEMAS DE SALUD

(…) en los últimos 30 días (de…a…) tuvo alguna enfermedad, accidente, quemadura, dolor de muela, oído o algún otro malestar aunque éste haya sido pasajero?

Excluye control del embarazo, atención del parto y control posparto

Si.....1

No.....2

Pase a P. 41

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave que tuvo (…) en los últimos 30 días?

Problemas respiratorios.....1
Problemas cardiovasculares.....2
Problemas digestivos o vómito.....3
Problemas de la piel.....4
Problemas de los ojos.....5
Problema neuro musculares.....6
Problemas dentales.....7
Problemas del embarazo.....8
Problemas psicológicos.....9
Problemas óseos.....10
Fracturas, heridas, golpes.....11
Enfermedades crónicas.....12
Enfermedades de la mujer.....13
Enfermedades del hombre.....14
Enfermedades tradicionales.....15
Otro, cuál?_____ 16
Especificar

¿Hace cuánto tiempo ocurrió el (la) (problema de salud) de (…) por primera vez?

UNIDAD TIEMPO

Días.....1
Meses.....2
Años.....3
No sabe.....88
No responde.....99

MENOS DE UN DIA = 00

En los últimos 30 días, (…) ¿cuántos días ha estado con el (la)…(problema de salud)?

MENOS DE UN DIA = 00

COD PER	1	2	3	4 ¿CUÁNTOS? (…)	4 CÓDIGO	5 DÍAS	COD PER
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

ACCIONES REALIZADAS PARA ENFRENTAR EL PROBLEMA DE SALUD

6 (...) qué hizo como primera acción para solucionar el (problema de salud)...?

- Visitó un hospital, dispensario centro o subcentro de salud; consultó a un médico, curandero, etc.? 1
  Pase a P. 8
- Obtuvo atención **en su casa** por un médico, enfermera, curandero, etc. ? 2
  Pase a P. 20
- Se automedicó? 3
  Pase a P. 23
- Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc. ? 4
  Pase a P. 29
- No hizo nada ? 5

7 ¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el (problema de salud)?

- Enfermedad o accidente leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Muy caro 4
- Atención de mala calidad 5
- Falta de dinero 6
- No pudo dejar la casa o a los niños 7
- Conoce la enfermedad 8
- No puede dejar de trabajar 9
- En tratamiento 10
- Otra, ¿cuál? _____ 11
  Especifique

Pase a P. 41

8 (...) a dónde acudió o quién le atendió por el (problema de salud)?

- Establecimientos de salud MSP 1
- Hospital IESS 2
- Dispensario IESS 3
- Dispensario Seguro Campesino 4
- Hospital FFAA / Policía 5
- Hospital / Clínica Privada 6
- Junta de Beneficencia 7
- Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 8
- Fundación / ONG 9
- Farmacia 10
- Consultorio Médico/Dental/Homeópata 11
- Centro Naturista/Acupuntura 12
- Curandero/Partera/Sobador 13
- Otro, ¿cuál ? _____ 14
  Especifique

Pase a P. 10

9 ¿Cuál fue el motivo principal por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)?

- Está cerca 1
- Precios bajos 2
- Buena calidad 3
- Tiene seguro 4
- Sugerido por otras personas/ profesional 5
- Es gratis 6
- Convenio con el IESS 7
- Otra, ¿cuál _____ 8
  Especifique

COD. PER.	6	7	8	9	COD. PER.
01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12

10

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

	10			11	12			13	14	15	
COD PER	¿Cuánto tiempo le tomó (…) llegar al….. (establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? NO SE TRASLADÓ = 00			En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al …(establecimiento o proveedor de servicios de salud)…? (incluir el gasto de ida y regreso) (Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso) NO GASTÓ=00	Una vez que (…) llegó al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)… ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan? (No incluye atención de recepcionista)			Cuando (…) llegó al (establecimiento o proveedor de salud) ¿quién le atendió por su problema de salud. Médico?…1 Dentista?…2 Enfermera?…3 Auxiliar de enfermería?…4 Farmacéutico?…5 Curandero/partera/sobador?. 6 Otra, ¿cuál?_____7 Especifique	(…) ¿qué atención o servicio de salud recibió principalmente en el (establecimiento o proveedor de servicios de salud)? Emergencia …1 Consulta externa …2 Consulta de especialidades …3 Medicina integral/general …4 Laboratorio clínico …5 Imagenología …6 Rehabilitación …7 Medicamentos …8 Curaciones (curación ancestral) …9 Hospital del día (en observación) …10 Otra, ¿cuál?_____ 11	Por el problema de salud que tuvo (…) ¿gastó en consultas, medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc., en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió: (Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso) Si? …1 No gastó/gratis? …2 No gastó/ es afiliado cubierto? …3 Pase a P. 17	COD PER
	DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	DÍAS	HORAS	MINUTOS				
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

11

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

VISITA A ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

¿Por el o los gasto(s) que tuvo (...) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió:

- Pagó todo? 1
- Pagó una parte y el resto gratis? 2
- Pagó una parte (seguro privado)? 3

	CÓDIGO	CUÁNTO PAGÓ?	
		PERSONA	SEGURO/OTRO
COD PER	16		
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			

GASTOS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO O PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

(...) ¿compró medicamentos fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

SI.... 1
NO.... 2

(...) ¿tuvo que realizarse exámenes de laboratorio fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

SI.... 1
NO.... 2

(...) ¿realizó algún otro pago por radiografía, tomografía, mamografía, endoscopia, etc fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?

Pase a P. 26

SI.... 1
NO.... 2

	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ
COD PER	17		18		19	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

ATENCIÓN EN CASA

¿Quién le atendió (...) la última vez, por su problema de salud en la casa:

- Médico del barrio (MSP)? 1
- Médico? 2
- Enfermera? 3
- Auxiliar de Enfermería? 4
- Farmacéutico? 5
- Curandero/partera/sobador? .. 6
- Otra, cuál? _____ 7
  Especifique

¿Cuánto pagó por la atención que recibió en su casa la última vez?

No Pagó = 00

	DÓLARES
COD PER	21
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	

AUTOMEDICACIÓN

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

(...) ¿compró medicinas, preparados u otros medicamentos o remedios o pagó por exámenes, radiografías, etc.?

Pase a P. 26

SI... 1
NO... 2

¿Por medio de quién o de dónde obtuvo la información acerca de estos medicamentos(...)?

- Farmacéutico 1
- Internet 2
- Radio o televisión 3
- Conocido (no profesional de salud) 4
- Usted sabía 5
- Otro, ¿cuál? _____ 6
  Especifique

	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ		
COD PER	22		23	COD PER
01				01
02				02
03				03
04				04
05				05
06				06
07				07
08				08
09				09
10				10
11				11
12				12

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE A: ATENCIÓN AMBULATORIA - ÚLTIMOS 30 DÍAS

AUTOMEDICACIÓN

24 ¿Dónde obtuvo las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse:

- Farmacia? 1
- Mercado? 2
- Tienda? 3
- Familiar/amigo? 4
- Lo tenía en casa? 5
- Huerto? 6
- Otro, ¿cuál? _____ 7
  Especifique

25 ¿Cuánto pagó por las medicinas, remedios u otros medicamentos que utilizó para curarse?

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

NO PAGÓ = 00

Ver en pregunta 3 si es opción 12, enfermedad Crónica (hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, artritis, otras) **Pase a P. 41**

VALOR EN DÓLARES

RESOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD

26 Con la primera acción que (...) hizo, ¿se resolvió o se curó del [la] ..... (problema de salud) ?

- SI ..... 1 → **Pase a P. 41**
- NO 2

27 ¿Qué otra acción hizo:

- Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud? 1
- Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2
- Obtuvo atención en la casa de un médico, enfermera curandero? 3
- Se automedicó? 4
- Siguió el tratamiento del médico? 5

→ **Pase a P. 37**

- Tuvo que internarse en un hospital, clínica, etc.? ..... 6 → **Pase a P. 29**
- No hizo nada? 7
- Otra, ¿cuál? _____ 8 → **Pase a P. 37**
  Especifique

28 ¿Cuál fue el motivo por el que (...) no hizo nada para resolver el .....(problema de salud)?

- Enfermedad o accidente leve 1
- No tuvo tiempo 2
- El centro de atención queda lejos 3
- Muy caro 4
- Atención de mala calidad 5
- Falta de dinero 6
- No pudo dejar la casa o a los niños 7
- Conocer la enfermedad 8
- No pudo dejar de trabajar 9
- Otra, ¿cuál? _____ 10
  Especifique

→ **Pase a P. 41**

COD. PER.	24	25	26	27	28	COD. PER.
01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

29 (…) dónde estuvo hospitalizado?

- Hospital MSP 1
- Hospital / Clínica IESS 2
- Hospital FFAA / Policía 3
- Hospital / Clínica Privada 4
- Junta de Beneficencia 5
- Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud 6
- Fundación / ONG 7
- Otro, ¿cuál ?_____ 8

Especifique

30 ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

DÍAS	HORAS	MINUTOS

31 ¿Gastó (…) por la hospitalización, (incluye medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. dentro del establecimiento o proveedor de servicio de salud):

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

- Si? 1
- No gastó/gratis? 2
- No gastó/ es afiliado cubierto ? 3

Pase a P. 34

32 ¿Por el o los gasto(s) que tuvo (…) en hospitalización:

- Pagó todo? 1
- Pagó una parte y el resto gratis? 2
- Pagó una parte (seguro privado)? 3

CÓDIGO	CUANTO PAGÓ?	
	PERSONA	SEGURO/OTRO

33 ¿Cómo obtuvo el dinero para pagar los gastos de hospitalización?

- Ahorros propios 1
- Préstamo bancario 2
- Préstamo familiar 3
- Préstamo de amigos, conocidos 4
- Tuvo que vender algo 5
- Tarjeta de crédito 6
- Otro, ¿cuál?_____ 7

Especifique

COD PER	29	30			31	32			33	COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

14

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE B: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 30 DÍAS

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿compró medicamentos fuera del (establecimiento)?

SI..... 1
NO..... 2

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo exámenes de laboratorio fuera del (establecimiento)?

SI..... 1
NO..... 2

Cuando (...) estuvo hospitalizado, ¿se hizo radiografía, tomografía, mamografía, endoscopía, etc. fuera del (establecimiento)...?

SI..... 1
NO..... 2

OTRAS ACCIONES

Finalmente ¿se resolvió el problema de salud (enfermedad o accidente) que tuvo (...) durante los últimos 30 días?

Si 1
Pase a P. 41
No 2

¿Qué otra acción hizo (...) principalmente:

Visitó otra vez al mismo establecimiento o proveedor de salud? 1
Visitó otro establecimiento o proveedor de salud? 2
Obtuvo atención en la casa por un médico, enfermera, curandero, etc.? 3
Se automedicó? 4
Siguió el tratamiento médico? 5
Tuvo que internase en un hospital, clínica, etc.? 6
No hizo nada? 7
Pase a P. 41
Otra, ¿cuál? _____ 8
Especifique

¿Cuántas veces más (...) se trató por el/la (problema de salud) que tuvo durante los últimos 30 días?

¿Cuánto más gastó en total?

	CÓDIGO	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ DÓLARES	CÓD.	CUÁNTO PAGÓ? DÓLARES			No. VECES	DÓLARES	
COD. PER.	34		35		36		37	38	39	40	COD PER
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

15

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

41	42	43	44			45	46		
Ahora le voy a realizar preguntas sobre atención preventiva, en los **últimos 30 días** (de.....a ...), (...) ¿se hizo chequear por un médico psicólogo, dentista, curandero, boticario o sobador, le visitó en su domicilio el médico del barrio, o recibió algún servicio preventivo como: vacunas, control del niño sano, medir la presión, control odontológico, etc.? Excluye control del embarazo Si ..... 1 No ..... 2 **Pase a P. 54**	(...) ¿a dónde acudió para hacerse el chequeo o control de su salud: Establecimientos de salud MSP? ..... 1 Hospital IESS? ..... 2 Dispensario IESS? ..... 3 Dispensario Seguro Campesino? ..... 4 Hospital FFAA / Policía? ..... 5 Hospital / Clínica Privada? ..... 6 Junta de Beneficencia? ..... 7 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud? ..... 8 Fundación / ONG ..... 9 Farmacia? ..... 10 ConsultorioMédico/Dental/Homeópata? ..... 11 Centro Naturista/Acupuntura? ..... 12 Curandero/Partera/Sobador? ..... 13 Otro, ¿cuál ?_____ 14 Especifique	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)? Está cerca ..... 1 Precios bajos ..... 2 Buena calidad ..... 3 Tiene seguro ..... 4 Sugerido por otras personas/profesional ..... 5 Es gratis ..... 6 No hay otro Establecimiento ..... 7 Otro, ¿cuál ?_____ 8 Especifique	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al..... (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? **NO SE TRASLADÓ = 00**			En total, ¿cuánto gastó (...) en transporte para llegar al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir el gasto de ida y regreso) **(Incluido lo pagado por otras personas)** **No Gasto = 00**	Una vez que (...) llegó al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendan (médico, obstetriz, odontólogo, laboratorista, psicólogo, profesional de salud)?		
			DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	
COD PER									COD PER
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

16

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE C: ATENCIÓN DE SALUD PREVENTIVA – ÚLTIMOS 30 DÍAS

PERDIDA DE INGRESOS O TRABAJO

COD PER	47	48	49			50		51	52	53	COD PER
	¿(…) Qué atención o servicios de salud recibió principalmente:	Por el control preventivo que tuvo (…) ¿gastó en consultas, medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, etc. en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió: **(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)**	¿Por el o los gasto(s) en el control preventivo que tuvo (…) en el establecimiento o proveedor de servicio de salud al que acudió: **(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)**			(…) ¿se realizó exámenes o efectuó otro gasto fuera del establecimiento o proveedor de salud en el que se hizo atender?		Cuándo tuvo el (los) problema (s) de salud o se estuvo haciendo chequear (…) ¿faltó o dejó de trabajar:	¿Cuántos días faltó (…)?	¿Cuánto ingreso perdió (…) por no ir a trabajar en esos días?	
	Vacunas … 1 Control de crecimiento y desarrollo? … 2 Detección de desnutrición y niños en riesgo? … 3 Control general de salud? … 4 Consulta psicológica/psiquiátrica … 5 Examen dental? … 6 Tratamiento odontológico? … 7 Laboratorio clínico? … 8 Examen papanicolau? … 9 Examen Mamografía? … 10 Imagenología … 11 Consulta planificación familiar? … 12 Método planificación? … 13 Otro, ¿cuál? _____ 14 Especifique	Sí? … 1 No gastó/gratis? … 2 No gastó/ es afiliado cubierto? … 3 **Pase a P. 50**	Pagó todo? … 1 Pagó una parte y el resto gratis? … 2 Pagó una parte (seguro privado)? … 3	**CODIGO**	**CUANTO PAGÓ? PERSONA**	**SEGURO/OTRO**	SI… 1 NO… 2	**COD.** **CUÁNTO PAGÓ USD.**	Si … 1 No … 2 No trabaja … 3 **Pase a P. 54** No estuvo enfermo, ni se hizo chequear en los últimos 30 días … 4 **Pase a Preg. 54**	Menos de 1 día = 00 **DÍAS**	NO PERDIÓ = 00 **DÓLARES**	
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

17

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE D: HOSPITALIZACIÓN – ÚLTIMOS 12 MESES

PARTE E: PERCEPCIÓN DE SALUD

COD PER	54	55	56	57	58	59	COD PER
	Durante los últimos 12 meses (de...a...), tuvo alguna enfermedad o accidente por el cual (...) estuvo hospitalizado(a)? **INCLUYE** **Problemas del embarazo** **EXCLUYE** **atención del parto** Si.....1 No.....2 **PASE A P. 58**	¿Cuál fue la enfermedad, malestar o accidente más grave por el que (...) tuvo que hospitalizarse Problemas respiratorios?.....1 Problemas cardiovasculares.....2 Problemas digestivos o vómito?.....3 Problemas de la piel?.....4 Problemas de los ojos?.....5 Problemas neuro musculares?.....6 Problemas dentales?.....7 Problemas del embarazo?.....8 Problemas psicológicos?.....9 Problemas óseos?.....10 Fracturas, heridas, golpes?.....11 Enfermedades crónicas?.....12 Enfermedades de la mujer?.....13 Enfermedades del hombre?.....14 Enfermedades tradicionales?.....15 Otro, ¿cuál?.....16	¿Dónde estuvo hospitalizado la última vez: Hospital MSP?.....1 Hospital IESS?.....2 Hospital FFAA/ Policía?.....3 Hospital/ Clínica privada?.....4 Junta de Beneficencia?.....5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud?.....6 Fundación/ ONG?.....7 Otro, ¿cuál?.....8	¿Cuántas veces se ha atendido (...) en los últimos 12 meses por un problema de salud que requirió ingreso hospitalario? (más de 24 horas ingresado en un hospital).	¿Cómo calificaría el estado de salud actual de (...): Excelente?.....1 Muy bueno?...2 Bueno?.....3 Regular.....4 Malo?.....5	Comparando el estado de salud actual de (...) con el de hace un año ¿diría usted que está: Mejor?.....1 Igual?.....2 Peor?.....3 **Menor de 1 año no aplica**	
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN 4: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (PARA TODAS LAS PERSONAS)

PARTE F: SATISFACCIÓN DE NECESIDADES

Tomando en cuenta la última atención médica, si (…) pudiera escoger ¿regresaría a ese mismo lugar para atenderse?

Si..... 1 **Pase a P. 62**

No..... 2

Por qué NO regresaría:

- Mala atención?..... 1
- No se curó, no mejoró?..... 2
- Era caro el servicio?..... 3
- Generalmente pasa cerrado?.. 4
- Lo transfieren a otro médico, servicio?..... 5
- Esta lejos el establecimiento?.. 6
- Tuvo que esperar mucho tiempo?..... 7
- No había lo necesario?..... 8
- No había medicamentos?..... 9
- Horario no adecuado?..... 10
- No le explican lo que debe hacer?..... 11
- La consulta fue breve , no le prestan atención?..... 12
- Tiene que madrugar a coger turno?..... 13
- No hay suficientes turnos?..... 14
- Otro, ¿cuál?_____ (Especifique) 15

PASE A LA SECCIÓN 5

Por qué SI regresaría:

- Tiempo de espera corto?.... 1
- Buen horario? 2
- Es gratuito? 3
- Es barato? 4
- Le dieron medicamentos?.. 5
- Tiene todo lo necesario?.... 6
- El personal es amable, lo tratan bien? 7
- Tiene confianza con el personal? 8
- El personal lo conoce hace tiempo?..... 9
- Lo revisaron bien?..... 10
- Se curó o se mejoró?..... 11
- Le prestaron atención?..... 12
- Le explicaron bien lo que debe hacer?..... 13
- No existe otro centro de salud, es el único?..... 14
- Es afiliado o cubierto? 15
- Otro, ¿cuál?_____ (Especifique) 16

COD PER	60	61			62			OBSERVACIONES
		Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

REGISTRO

Mujeres de 10 a 49 años 1

Hombres o Mujeres menores de 10 años o mayores de 49 años 2

PASE A LA SECCIÓN 6

PARTE A: CONTROL PRENATAL

(...) actualmente o en los últimos 12 meses (de.....al .....) ha estado embarazada?

SI.....1

NO.....2

Pase a P. 14

Nunca estuvo embarazada..... 3

PASE A LA SECCIÓN 6

Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces (...) se hizo el control del embarazo?

Una y más veces

Pase a P. 5

NINGUNA = 00 CONTINÚE

No. VECES

¿Cuál fue la razón por la que (...) no se hizo el control del embarazo?

- No sabia 1
- No es necesario 2
- No hay establecimiento/ proveedor servicios de salud cerca..... 3
- Precios altos 4
- Mala calidad 5
- No tiene dinero 6
- No tiene tiempo 7
- No puede dejar de trabajar 8
- Nadie para dejar la casa o los niños.. 9
- Otra, cuál? _____ 10 (Especificar)

Pase a P. 14

(...) a dónde acudió o quién le atendió la última vez que se realizó el control del embarazo?

- Establecimiento de Salud MSP 1
- Hospital/Clinica/Dispensario IESS 2
- Dispensario Seguro Campesino..... 3
- Hospital FFAA /Policía..... 4
- Junta de Beneficencia 5
- Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud..... 6
- Fundación / ONG 7
- Hospital, Clinica, Consultorio Privado..... 8
- Partera..... 9
- Otro, ¿cuál? _____ 10 (Especifique)

¿Cuál fue el motivo principal por el que (.....) eligió el.... (establecimiento de salud o proveedor de salud)?

- Está cerca 1
- Precios bajos 2
- Buena calidad 3
- Experiencia anterior .. 4
- Tiene seguro 5
- Sugerido por otras personas 6
- No hay otro establecimiento/es el único 7
- Es gratuito 8
- Otro, ¿cuál? _____ 9 (Especifique)

¿Cuánto tiempo le tomó (....) llegar al .....(establecimiento o proveedor de servicios de salud).....? (incluir ida y regreso)

NO SE TRASLADÓ = 00

COD PER	1	2	3	4	5	6	7 DÍAS	7 HORAS	7 MINUTOS	COD PER
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

20

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE A: CONTROL PRENATAL

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

	8	9		10	11	12	13	14	15	16	
COD PER											COD PER
	En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al.....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) (Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso) **NO GASTÓ = 00**	Una vez que (.....) llegó al ....(establecimiento o proveedor de servicios de salud)..., ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, enfermera?		(.....) ¿cuánto ha gastado en total por su embarazo en consultas, medicinas exámenes, de laboratorio o imagen? (Incluido lo pagado por otras personas, si ese fue el caso) **NO GASTÓ = 00**	¿Cuando asistía o asiste a los controles prenatales (.....) faltó o dejó de trabajar: SI .....1 No .....2 No trabaja .....3 **Pase a P. 14**	¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? **MENOS DE 1 DÍA = 00**	Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? **NO PERDIÓ = 00**	En los últimos 12 meses (...) tuvo algún parto? SI .....1 NO .....2 **Pase a Sección 6**	(...) a dónde acudió? Establecimiento de Salud MSP .....1 Hospital/Clínica/Dispensario IESS .....2 Dispensario Seguro Campesino.....3 Hospital FFAA /Policía.....4 Junta de Beneficencia .....5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud.....6 Fundación / ONG .....7 Hospital, Clínica, Consultorio Privado...8 **PASE A P. 17** En casa.....9 Otro, ¿cuál? _____ Especifique 10	¿Por qué (...) no acudió a un establecimiento de salud? Centro de atención queda lejos .....1 No hay transporte .....2 Precios altos .....3 No tiene con que pagar.....4 No hay equipos .....5 Mala calidad .....6 Malos tratos .....7 Otra, ¿cuál? _____ Especifique 8 **Pase a P. 21**	
	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES				
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

21

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE B: ATENCIÓN DEL PARTO

PARTE C: CONTROL POST PARTO

COD PER	17	18		19	20		21	22	23	24	25	26	COD PER
	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese ..... (establecimiento o proveedor de salud)...? Está cerca ..... 1 Precios bajos ..... 2 Buena calidad ..... 3 Tiene seguro ..... 4 Sugerido por otras personas/ profesional ..... 5 Es gratis ..... 6 No hay otro establecimiento, es el único ..... 7 Por costumbre ..... 8 Otro, ¿cuál?_____ (Especifique) 9	¿Cuánto tiempo le tomó a (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? **NO SE TRASLADO = 00** HORAS / MINUTOS		En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) **(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)** **NO GASTÓ = 00** DÓLARES	Una vez que (...) llegó al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atiendan (médico, obstetriz, partera)? **NO ESPERÓ = 00** HORAS	MINUTOS	¿Cuánto gastó (...) en el parto? **(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)** **(incluya la atención, medicina, exámenes de laboratorio, servicios médicos, materiales, etc.)** **NO GASTÓ = 00** DÓLARES	Cuando (....) dio a luz, ¿faltó o dejó de trabajar: Si ..... 1 No ..... 2 No trabaja ..3 **Pase a P. 25**	¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo? DÍAS	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días? **NO PERDIÓ = 00** DÓLARES	¿Se hizo control postparto (...)? SI..... 1 NO..... 2 **Pase a la Sección 6**	¿Cuánto tiempo después del parto (.....), se hizo el primer control postparto? Cuarenta días ..... 1 Más de cuarenta días ..... 2 Menos de cuarenta días.. 3	
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

22

SECCIÓN 5: USO DE SERVICIOS Y GASTOS EN SALUD (MUJERES DE 10 A 49 AÑOS DE EDAD)

PARTE C: CONTROL POST PARTO

COD PER	27	28	29			30	31		32	33	34	35	COD PER
	¿En qué lugar tuvo el control de postparto?	¿Cuál fue el motivo por el que (...) eligió ir a ese (establecimiento o proveedor de salud)...?	¿Cuánto tiempo le tomó (...) llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...?			En total, ¿cuánto gastó en transporte para llegar al (establecimiento o proveedor de servicios de salud)...? (incluir ida y regreso) **(Incluido lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)**	Una vez que (...) llegó al ...(establecimiento o proveedor de servicios de salud)... ¿cuánto tiempo esperó para que le atendan (médico, obstetriz, partera)?		(...) ¿cuánto pagó por la atención, medicinas, exámenes de laboratorio, etc.? **(Incluido lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)**	Cuando asistía o asiste a los controles postparto (.....), ¿faltó o dejó de trabajar:	¿Cuántos días en total faltó (...) al trabajo?	¿Cuánto ingreso perdió (...) por no ir a trabajar en esos días?	
	Establecimiento de Salud MSP ..... 1 Hospital/Clínica/Dispensario IESS ..... 2 Dispensario Seguro Campesino..... 3 Hospital FFAA /Policía ..... 4 Junta de Beneficencia ..... 5 Consejo Provincial/ Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación / ONG ..... 7 Hospital, Clínica, Consultorio Privado... 8 Partera..... 9 Otro, ¿cuál? _____ 10 Especifique	Está cerca ..... 1 Precios bajos ..... 2 Buena calidad ..... 3 Tiene seguro ..... 4 Sugerido por otras personas/profesional ..... 5 Es gratis ..... 6 Por costumbre..... 7 Otro, ¿cuál? _____ 8 Especifique	**NO SE TRASLADO = 00**			**NO GASTO = 00**	**NO ESPERÓ = 00**		**NO GASTÓ = 00**	Si ..... 1 No ..... 2 No trabaja ..3 **PASE A SECCIÓN 6**	**MENOS DE 1 DÍA = 00**	**NO PERDIÓ = 00**	
			DÍAS	HORAS	MINUTOS	DÓLARES	HORAS	MINUTOS	DÓLARES		DÍAS	DÓLARES	
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN 6: SEGURIDAD ALIMENTARIA JEFE O CÓNYUGE

Señor ENCUESTADOR: leer en forma pausada.

A continuación se realizarán preguntas relacionadas a la seguridad alimentaria de su hogar.

Considere que en las siguientes preguntas la frase "falta de dinero u otros recursos" se refiere a falta de recursos monetarios y/u otros medios para adquirir alimentos.

Además, no considere como motivos de su respuesta, aspectos relacionados a dietas para perder peso, por salud o motivos religiosos.

Número de orden	1. En los últimos 12 meses en su hogar, alguna vez por falta de dinero u otros recursos: (SI ..... 1 → Pase preg. 1a. / NO.....2 → Siguiente ítem)	COD.	1a. ¿Qué tan seguido sucedió: Casi todos los meses?.....1 / Algunos meses pero no todos?.....2 / Solamente 1 ó 2 meses?.....3
01	¿Usted u otra persona adulta se preocupó por no tener suficientes alimentos?		
02	¿Usted u otra persona adulta dejó de comer alimentos saludables y nutritivos?		
03	¿Usted u otra persona adulta tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?		
04	¿Usted u otra persona adulta en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?		
05	¿Usted u otra persona adulta comió menos de lo que pensaba que debía comer?		
06	¿Se quedaron sin alimentos?		
07	¿Usted u otra persona adulta sintió hambre pero no comió?		
08	¿Usted u otra persona adulta comió solo una vez al día?		
09	¿Usted u otra persona adulta dejó de comer durante todo un día?		

Señor encuestador: Si en el hogar no existen personas menores de 18 años de edad, pase a la P. 3 (Cédula)

Número de orden	2. En los últimos 12 meses en su hogar, algún menor de 18 años, alguna vez por falta de dinero u otros recursos: (SI ..... 1 → Pase preg. 2a. / NO.....2 → Siguiente ítem)	COD.	2a. ¿Qué tan seguido sucedió: Casi todos los meses?.....1 / Algunos meses pero no todos?...2 / Solamente 1 ó 2 meses?.....3
01	¿Dejó de tener una alimentación saludable?		
02	¿Tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?		
03	¿Dejó de desayunar, almorzar o cenar?		
04	¿Comió menos de lo que debía?		
05	¿Tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas?		
06	¿Sintió hambre pero no comió?		
07	¿Solo comió una vez al día?		
08	¿Dejó de comer durante todo un día?		

Señor encuestador: Solicite a los miembros del hogar la cédula de ciudadanía para diligenciar esta pregunta y luego continúe con la sección 7

3. ¿Tiene (....) Cédula de Identidad o Ciudadanía Ecuatoriana?

Tiene cédula pero no recuerda..... 8888888888
No se encontró al informante..... 9999999999

Si.....1
No.....2
No responde.... 3

4. El número fue tomado del documento de identidad del informante: SI.....1 / NO.....2

COD. PER.	Céd	Número
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		

SECCIÓN 7: ANTROPOMETRÍA - PARA TODAS LAS PERSONAS

Señor/a encuestador/a registre si realizó la medición del **PESO** y la **TALLA** de (…) SI .....1 NO.....2 **Pase a P. 7**	¿En qué fecha **NACIÓ** (…)?			Registre la fecha de la **MEDICIÓN** de (…)			El **PESO** de (…) **Registrar el peso en Kg.** **Si la diferencia entre Peso 1 y Peso 2 es mayor a ± 0.5 Kg., realizar la toma del Peso 3**			La **LONGITUD** de (…) **Registrar la longitud en cm.** **menores de 2 años** **Si la diferencia entre Longitud 1 y Longitud 2 es mayor a ± 0.5 cm., realizar toma de la Longitud 3** **CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA**			La **TALLA** de (…) **Registrar la talla en cm.** **2 años y más** **Si la diferencia entre Talla 1 y Talla 2 es mayor a ± 0.5 cm., realizar la toma de la Talla 3** **CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA**			Registre la razón por la que no pudo tomar el PESO y la **LONGITUD/ TALLA** de (…)? - Ausente .....1 - Enfermo permanente .....2 - Enfermo temporal.....3 - Rechazo.....4 - Persona con discapacidad..5 - Otro, cuál? .....6 **Continúe con la siguiente persona**	
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	Peso 1	Peso 2	Peso 3	Long. 1	Long. 2	Long. 3	Talla 1	Talla 2	Talla 3		
COD PER	1	2			3			4			5			6			7	COD PER
01																		01
02																		02
03																		03
04																		04
05																		05
06																		06
07																		07
08																		08
09																		09
10																		10
11																		11
12																		12

25

SECCION 8 . ETIQUETADO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS PROCESADAS (PARA UNA PERSONA DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD)

1. SEÑOR ENCUESTADOR: Para el diligenciamiento de es esta sección, registre el código y nombre de la persona seleccionada

- Código: ____
- Nombre: _____

2. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, el semáforo nutricional de alimentos?

- Si: 1
- No: 2 → Pase a P.4

INDIQUE LA CARTILLA CON EL SEMÁFORO NUTRICIONAL

3. ¿Entiende el semáforo nutricional que tienen los productos en el empaque?

- Si: 1
- No: 2

4. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, el recuadro de información nutricional?

- Si: 1
- No: 2 → Pase a P.6

INDIQUE LA CARTILLA DE INFORMACIÓN NUTRICIONAL

5. ¿Entiende el recuadro de información nutricional que tienen los productos en el empaque?

- Si: 1
- No: 2

6. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos, los ingredientes?

- Si: 1
- No: 2 → Pase a P.8

INDIQUE LA CARTILLA CON LOS INGREDIENTES

7. ¿Entiende el recuadro de ingredientes que tienen los productos en el empaque?

- Si: 1
- No: 2

8. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico?

- Si: 1
- No: 2 → Pase a P.10

INDIQUE LA CARTILLA CON EL CONTENIDO DE EDULCORANTE NO CALÓRICO

9. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de edulcorante no calórico que tienen los productos en el empaque?

- Si: 1
- No: 2

10. ¿Conoce o ha visto en el empaque de los productos el mensaje sobre contenido de transgénicos?

- Si: 1
- No: 2 → Pase a P.12

INDIQUE LA CARTILLA CON EL CONTENIDO TRANSGÉNICO

11. ¿Entiende el mensaje sobre contenido de transgénicos que tienen los productos en el empaque?

- Si: 1
- No: 2

12. Cuando compra alimentos y bebidas procesadas, ¿con que frecuencia elige un producto por la información del semáforo nutricional:

- Nunca? 1
- Casi nunca? 2
- A veces? 3
- Casi siempre? 4
- Siempre? 5
- NS/NR 6

13. ¿Con que frecuencia utiliza el semáforo de alimentos para comparar entre productos:

- Nunca? 1
- Casi nunca? 2
- A veces? 3
- Casi siempre? 4
- Siempre? 5
- NS/NR 6

14. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, es confiable:

- Mucho? 1
- Algo? 2
- Poco? 3
- Nada? 4
- NS/NR 5

15. ¿Considera usted que la información del semáforo nutricional de alimentos y bebidas procesados, le ayuda en la elección de la compra:

- Mucho? 1
- Algo? 2
- Poco? 3
- Nada? 4
- NS/NR 5

16. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea de fácil preparación:

- Nada importante? 1
- Poco importante? 2
- Importante? 3
- Muy importante? 4
- NS/NR 5

17. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea saludable:

- Nada importante? 1
- Poco importante? 2
- Importante? 3
- Muy importante? 4
- NS/NR 5

18. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea de buen precio, económico o barato:

- Nada importante? 1
- Poco importante? 2
- Importante? 3
- Muy importante? 4
- NS/NR 5

19. Al momento de que elige un alimento o bebida procesada, ¿qué tan importante es para usted que sea el producto o marca de su preferencia:

- Nada importante? 1
- Poco importante? 2
- Importante? 3
- Muy importante? 4
- NS/NR 5

20. ¿El semáforo nutricional influye en su decisión de compra de alimentos?

- Si: 1
- No: 2

21. Frente a los alimentos que tienen etiqueta roja, ¿usted los:

- Consume más? 1
- Consume menos? 2
- Consume igual? 3
- No los consume? 4

OBSERVACIONES

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
ENSANUT - 2018

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF DE 10 A 49 AÑOS), SALUD DE LA NIÑEZ Y LACTANCIA MATERNA (INFORMANTE DIRECTO)

2

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana ☐	2. Área Rural ☐
3. Provincia ☐☐	
4. Cantón ☐☐	
5. Cabecera cantonal o parroquial ☐☐	
6. Conglomerado ☐☐☐☐☐☐	

7. Zona ☐☐☐
8. Sector ☐☐☐
9. No. Secuencial de la vivienda original ☐☐
10. Número de hogares en la vivienda ☐
11. Hogar ☐
12. Período ☐

B. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Manzana: ☐☐☐	Edificio: ☐☐☐

C. DATOS DE LA INFORMANTE

COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

1. COMPLETA (efectiva)	
2. RECHAZO	
3. LA MADRE NO AUTORIZA	
4. OTRA ¿CUÁL?_____ Especifique	

E. PERSONAL RESPONSABLE

SUPERVISOR:	☐☐☐
ENCUESTADOR:	☐☐☐☐
CRÍTICO-CODIFICADOR:	☐☐☐
DIGITADOR:	☐☐☐
VALIDADOR:	☐☐

F. FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA			MES			AÑO	2	0	1	8

RECUERDE: " Antes de iniciar la entrevista con la MEF, procure lograr el máximo de privacidad posible"

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

100	**¿Cuál es su fecha de nacimiento?** ***(Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)***	DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐ No recuerda 8888
101	**Entonces, ¿Cuántos años cumplidos tiene?**	Años cumplidos ☐☐ No recuerda 88

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A LEA A LA ENTREVISTADA:
Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

200	**¿Actualmente está usted embarazada?**	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 **PASE a PREG. 207**
201	**En este embarazo:** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	¿Quería quedar embarazada? ..... 1→ **PASE a PREG. 203** ¿Quería esperar más tiempo? ..... 2 ¿ No quería embarazarse? ..... 3→ **PASE a PREG. 203**
202	**¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?**	a. Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Años ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
203	**¿Cuántas semanas o meses de embarazo tiene usted?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	a. Semanas ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
204	**¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?**	Antes de la semana 12 (3 meses)..... 1 → **PASE a PREG. 206** Después de la semana 12..... 2 No se realizó el control..... 3 → **PASE a PREG. 206**
205	**¿Por qué razón NO acudió a su primer control prenatal antes de la semana 12:**	No pudo asistir en el horario de atención del establecimiento de salud?.. 1 No pudo obtener una cita?..... 2 El establecimiento de salud estaba lejos?..... 3 Consideró que aún no había signos evidentes de embarazo?..... 4 Falta de recursos económicos?..... 5 Otro, cual? _____ 6 *Especifique*
206	**¿Es su primer embarazo?**	Si ..... 1→ **PASE a PREG. 524** No..... 2→ **PASE a PREG. 208**
207	**¿Ha estado usted embarazada alguna vez?**	Si ..... 1 No ..... 2→ **PASE a PREG. 524**
208	**Ahora, hablando de sus hijos/as que se encuentran vivos/as, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros (entenados)**	a. Hijos en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Hijas en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS EN CASA ..... ⌊_⌋⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

209	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos/as no viven con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros (entenados)**	a. Hijos fuera de casa ..... ⌊_⌊_⌋ b. Hijas fuera de casa ..... ⌊_⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA ..... ⌊_⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**
210	**¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos/as y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo. (Presentó algún signo, por ejemplo respiró o lloró)?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 212**
211	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos/as han muerto?**	a. Hijos que murieron ..... ⌊_⌊_⌋ b. Hijas que murieron ..... ⌊_⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON..... ⌊_⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**
212	**De todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo/a que murió/falleció antes de nacer (mortinato), pero después de los cinco meses de embarazo?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ⌊_⌋ No ..... 2 → **PASE a PREG. 216**
213	**¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto (mortinato)?**	a. MES ⌊_⌊_⌋ b. AÑO ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ No sabe/No recuerda..... 8888
214	**ENCUESTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA 212 DECLARÓ SOLO 1 MORTINATO, CIRCULE CÓDIGO 1. SI LA RESPUESTA EN LA PREG 212 ES MAYOR A 1 CIRCULE CÓDIGO 2**	Solo uno ..... 1 → **PASE a PREG. 216** Más de uno 2
215	**¿En qué mes y año tuvo el hijo/a anterior al último/a que nació muerto/a (mortinato)?**	a. MES ⌊_⌊_⌋ b. AÑO ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ No sabe/No recuerda..... 8888
216	**Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes. ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ⌊_⌋ No 2
217	**ENCUESTADOR/A:** TRANSCRIBA LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 208c, 209c y 211c PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: En total, ¿Cuántos hijos/as nacidos vivos/as ha tenido durante toda su vida? _____	208c. Total hijos/as que viven en casa ⌊_⌊_⌋ 209c. Total hijos/as fuera de casa ⌊_⌊_⌋ 211c. Total hijos/as nacidos vivos/as que murieron ⌊_⌊_⌋ SUMA TOTAL HIJOS/AS NACIDOS/AS VIVOS/AS ⌊_⌊_⌋ **Si la suma total es igual a "00" pase a 524**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- **REGISTRE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR).**
- **LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.**
- **EN COLUMNA f., REGISTRE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; REGISTRE MESES SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS; REGISTRE EN AÑOS SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR A DOS AÑOS..**

NÚMERO DE REGISTROS: ☐☐

218. ¿Qué nombre le puso?	COD. PER. FORM. 1	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Esta vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE MESES SI ES MENOR DE 5 AÑOS	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía cuando murió?
01 _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
02 _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
03 _____ ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
04 _____ CUARTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
05 _____ QUINTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
06 _____ SEXTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
07 _____ SÉPTIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
08 _____ OCTAVO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
09 _____ NOVENO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
10 _____ DÉCIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

219	**¿Después de alguno de sus partos, sintió tristeza?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.222
220	**¿Fue:**	Poca tristeza?..... 1 Mucha tristeza?..... 2
221	**¿Durante cuánto tiempo se sintió triste?**	Menos de 3 meses..... 1 3 meses ..... 2 6 meses ..... 3 1año o más ..... 4 No sabe/ no responde..... 88

SECCIÓN II. PARTE A. SESIONES DEMOSTRATIVAS Y VISITAS DOMICILIARIAS (CONSEJERÍA NUTRICIONAL)

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y VERIFIQUE SI EXISTE UN NIÑO/A NACIDO VIVO A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2017

222	**VERIFIQUE PREG. 218:** **AL MENOS UNA NIÑA O NIÑO VIVA(O), MENOR DE 1 AÑO?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.300
223	**¿En los últimos 12 meses, ¿Usted participo junto con otras madres en reuniones o sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria de su niña/niño del personal de salud o de otras instituciones?** **Sesión demostrativa:** *es una reunión donde el personal del Ministerio de Salud, o de otras instituciones enseña y prepara con las mamás, papilla y comidas nutritivas para sus niñas y niños menores de 3 años.*	Sí ..... 1 No..... 2 No sabe/ no responde ..... 88 } PASE a PREG.300
224	**En los últimos 12 meses, ¿A cuántas reuniones o sesiones demostrativas acudió?**	Número de sesiones demostrativas..... ☐☐

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A. INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

300	**VEA EN PREG. 218, PÁGINA 3. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2015**	Antes de diciembre de 2015..... 1 → **PASE A PREG. 400** A partir de diciembre de 2015..... 2
301	**SEÑOR ENCUESTADOR: Registre el código y nombre del último nacido vivo**	COD. ☐☐ Nombre: _____
302	**¿Al nacer (...) su último hijo/a le dio el seno?** **POR LO MENOS UNA VEZ**	Si..... 1 → **PASE A PREG. 304** No..... 2
303	**¿Por qué no amamantó a (...)?**	Porque le hicieron una cesárea..... 1 Porque estaba muy enferma..... 2 Porque **(...)** nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días..... 3 Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno 4 Porque no tuvo leche..... 5 Otra, cuál _____ 6 Especifique
303a	**Aunque (...) no haya sido amamantado al nacer por usted, ¿recibió leche materna de otra madre, del banco de leche, extraída o de otra forma?**	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88 } **PASE A PREG. 305**
304	**¿A qué tiempo después del nacimiento (...) empezó a mamar, lactar o recibir leche materna:**	Inmediatamente después de nacido (después del parto)?..... 1 Menos de una hora?..... 2 Entre una hora y menos de 24 horas?..... 3 Más de un día?..... 4

B: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

305	**¿Fue alimentado (...) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2
306	**En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio/dieron algo de beber, aparte de su pecho?**	Si..... 1 No..... 2 → **PASE A PREG. 309**

C: LACTANCIA MATERNA CONTINUA

307	**¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) <u>solamente pecho</u>, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?**	Meses ☐☐ Días ☐☐ Nunca le dio solamente pecho..... 1 Todavía le está dando solamente pecho..... 2 No recuerda..... 3
308	**¿(...) tomó leche materna, en el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2
309	**¿Le dio el pecho a (...) cada vez que le pidió, o a libre demanda desde que nació?**	Si..... 1 No..... 2

D: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

310	**¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna durante el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2 → **PASE A PREG. 312**

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

311. ¿(...) consumió durante el día y/o la noche de ayer alguno de los siguientes líquidos: (lea los ítems de la lista de uno en uno), por favor avíseme:	SI	NO	NO SABE	¿CUANTAS VECES CONSUMIÓ EL DÍA DE AYER ESTOS LÍQUIDOS?
a. Agua pura?	1	2	88	
b. Leche de fórmula como por ejemplo NAN (industrializada producida para niños)?	1	2	88	
c. Leche en polvo (en tarro o en funda), o fresca de vaca?	1	2	88	
d. Jugos naturales hechos en casa?	1	2	88	
e. Sopa?	1	2	88	
f. Yogurt (bebible)?	1	2	88	
g. Colada?	1	2	88	
h. Otro líquido Ej: bolos, gelatina, gaseosa, fresco solo, tampico?	1	2	88	
i. Agua aromática?	1	2	88	
j. Cualquier otro líquido?_____ Especifique	1	2	88	

312	**¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, durante el día y/o la noche de ayer?**	Si.....1 No.....2 → **PASE A PREG. 314**

PARA EL ENCUESTADOR

La siguiente pregunta indaga el consumo de alimentos de acuerdo al grupo al que pertenecen.

a) Piense en el momento cuando **(...)** se despertó ayer. Que comió en ese momento. Si comió algo, por favor dígame todo lo que comió. Pregunte nuevamente algo más? (hasta que responda todo lo que haya comido).

b) Luego siga preguntando que comió **(...)** después. Dígame todo lo que comió durante el día. Pregunte ¿algo más?, hasta que diga "Nada más

c) Si responde que comió algún plato como sopa o puré con algo más, pregunte qué ingredientes tuvo. Pregunte, algo más? Hasta que diga nada más.

Si el alimento no está en ninguno de los grupos, escriba el nombre en la casilla que dice "otros alimentos". Si el alimento es utilizado como condimento, póngalo en la categoría de "condimentos".

Cuando termina de recordar las respuestas, lea cada uno de los grupos de alimentos en los que NO MARCÓ y registre lo que responda la informante.

No deje ningún grupo de alimentos en blanco

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

Recuerde desde el momento cuando (…) se despertó. (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

313. ¿Que comió (…) todo el día de ayer:	SI	NO	NO SABE
a. Colada espesa de harina de trigo o cebada, pan, arroz, fideos u otro alimento?	1	2	88
b. Colada espesa hecha de granos?	1	2	88
c. Zapallo, zanahoria, pepino, camote (amarillo por dentro)?	1	2	88
d. Papa, yuca, camote blanco, zanahoria blanca?	1	2	88
e. Cualquier vegetal de hojas verdes?	1	2	88
f. Mango maduro, papaya madura?	1	2	88
g. Cualquier otra fruta o vegetal?	1	2	88
h. Hígado, riñón, corazón y otros órganos?	1	2	88
i. Cualquier tipo de carne, de vaca, chancho/cerdo, borrego, chivo, pollo o pato?	1	2	88
j. Huevos?	1	2	88
k. Pescado seco, fresco o mariscos?	1	2	88
l. Cualquier alimento hecho de fréjol, arveja, lenteja, nueces, semillas?	1	2	88
m. Queso, yogurt u otro producto lácteo?	1	2	88
n. Cualquier aceite o grasa, mantequilla o un alimento hecho con estos productos?	1	2	88
o. Cualquier alimento dulce como chocolate, caramelos, dulces, pastas, cakes, galletas de dulce?	1	2	88
p. Condimentos por sabor como ají, ajo especias?	1	2	88
q. Alimentos hechos con aceite de palma, nueces o cocos de palma o pulpa o salsa de palma?	1	2	88
r. Alimentos procesados de sal (compota de sal)?	1	2	88
s. Alimentos procesados de dulce (compotas o jugos)?	1	2	88
t. Escriba los <u>otros alimentos</u> que la entrevistada índica y que no consta en el cuadro:	1	2	88

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

CHEQUEE LAS RESPUESTAS DE TODAS LAS CATEGORÍAS.
Si todo es NO <u>pase a pregunta 314</u>
Si al menos una es SI <u>pase a la pregunta 315</u>

314	**Señora le voy a volver a preguntar: ¿Comió (…) cualquier alimento sólido, semisólido (colada) o suave, durante el día y/o la noche de ayer?**
315	**¿Cuántas veces (…) comió el alimento sólido, semisólido o suave que no haya sido líquido durante el día y/o la noche de ayer?**

Si…… 1 → **PREGUNTE QUÉ TIPO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES COMIÓ (…) Y REGISTRE EN LA PREGUNTA 313**

No…… 2
No sabe/no responde……88
PASE A PREG. 316

a. Número de veces…… ☐☐
No sabe/no responde…… 88

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

316	**¿Le agregó AZÚCAR, PANELA O MIEL a algunos de los alimentos ó bebidas que (…) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2
317	**¿Le agregó SAL a algunos de los alimentos ó bebidas que (…) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2
318	**¿Tomó (…) algún líquido en biberón, durante el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2 → PASE A PREG. 320
319	**¿Cuántos biberones le dio a (…) el día y/o la noche de ayer?** ESCRIBA EL NÚMERO DE BIBERONES QUE LE RESPONDA LA MADRE	**¿Cuántos?** ☐☐
320	**¿Cuál de estos líquidos tomó primero (…) regularmente:** ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL LÍQUIDO QUE DIGA LA MADRE, UNA SOLA ALTERNATIVA	Agua simple?……1 Leche de fórmula?……2 Leche entera de funda o en polvo?……3 Agua aromática?……4 Otros líquidos: bebidas, jugos naturales gaseosas, bolos, gelatina, fresco solo, tampico, etc.?……5 **Ninguno…… 6** **PASE A PREG. 322**
321	**¿A qué edad (…) comenzó a tomarlo?** ESCRIBA LA EDAD EN MESES Y/O DÍAS	**Meses** ☐☐ **Días** ☐☐
322	**Por favor cuénteme ¿recibió (…) al menos dos tomas de leche artificial, leche de vaca, u otra leche animal el día y/o noche de ayer?**	Si……1 No……2
323	**¿Usted está o estaba trabajando como empleado público o privado cuando (…) tenía menos de un año de edad?**	Si……1 No……2 → PASE A PREG. 400
324	**¿En su trabajo respetan o respetaban el permiso de lactancia? (2 horas diarias durante un año)**	Si…… 1 No…… 2 A veces…… 3
325	**¿En su trabajo respetan o respetaban la licencia de maternidad? (3 meses después del parto)**	Si…… 1 No…… 2 A veces…… 3

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y REGISTRE EN PREGUNTAS 400, 401 y 402 EL CÓDIGO PERS, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE

NÚMERO DE REGISTROS: ☐ | **REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO(A)**

A. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
400. Código Pers. del niño/niña	☐☐	☐☐	☐☐
401. Nombre	_____	_____	_____
402. ¿Está vivo (...)?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
403. En la época en la que quedó embarazada de (...), quería Usted:	Tener ese hijo?..... 1 → PASE a PREG. 405 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405
404. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar para el embarazo de (...)?	Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ No sabe 88		
405. ¿Quería su pareja:	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo? ..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo?..... 2 No quería más hijos? ..... 3 No quería tener hijos?..... 4

B. CONTROL PRENATAL

406. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422
407. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? Establecimientos de Salud del MSP... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?..... 10 No recuerda 77	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10
408.¿Durante el embarazo de (...) consumió: Hierro?..... 1 Ácido fólico?..... 2 Hierro más ácido fólico?... 3 Ninguno _____ 4 → PASE a PREG. 410	☐☐ Código	☐☐ Código	☐☐ Código

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
409. ¿Con qué frecuencia tomaba los micronutrientes? Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? _____ 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4
410. ¿Durante el embarazo le pesaron?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
411. ¿Durante el embarazo le midieron la barriga?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
412. ¿Durante el embarazo le hicieron un examen de VIH?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←
413. ¿Durante el embarazo ¿le tomaron la presión?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
414. ¿Durante el embarazo ¿hicieron un examen de sangre?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
415. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de orina?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
416. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de sífilis?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
417. ¿Durante el embarazo ¿le vacunaron contra el tétanos?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**
418. ¿Cuántas veces le vacunaron contra el tétanos?	**Cuántos?** ☐☐	**Cuántos?** ☐☐	**Cuántos?** ☐☐

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
419. ¿Durante el control del embarazo, recibió consejería o asesoría sobre:	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**
A. Lactancia materna?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes (hierro, ácido fólico)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Signos de alarma del embarazo (sangrado vaginal, falta de movimiento de bebe, dolor de cabeza/ cadera)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida y el corte oportuno del cordón umbilical?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
420. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Semanas ___			Semanas ___			Semanas ___		
421. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto?	No. de controles ___ PASE a PREG. 423			No. de controles ___ PASE a PREG. 423			No. de controles ___ PASE a PREG. 423		
422. Antes de este embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño/a de convulsiones después de nacer)?	Si 1 No 2 No Responde 88			Si 1 No 2 No Responde 88			Si 1 No 2 No Responde 88		

C. ATENCIÓN DEL PARTO

	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
423. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)? Establecimientos de Salud del MSP....1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS...2 Seguro Social Campesino ....3 Hospital FF.AA/ Policía....4 Junta de Beneficencia*....5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud....6 Fundación/ ONG**....7 Clínica/consultorio privado....8 En casa ....9 Otro, cuál?....10	Código ___ Especifique Solo código 10	Código ___ Especifique Solo código 10	Código ___ Especifique Solo código 10
424. ¿Qué persona ó profesional le atendió?	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88
425. El parto de (...) fue:	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
D. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
426 . ¿El nacimiento de (...) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro, sietemesino o posmaduro)?	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428
427. ¿Cuántas semanas antes o después de lo esperado nació (...)?	Semanas ..... ___ No recuerda 77	Semanas ..... ___ No recuerda 77	Semanas ..... ___ No recuerda 77
428. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
429. ¿Le Realizaron a (...) La prueba del Tamizaje Neonatal (pinchada del talón al cuarto día de nacido)?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
430. ¿Le bañaron a (...) antes de cumplir 24 horas de su nacimiento?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
431. ¿Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
432. ¿Tiene usted el carné de salud infantil o libreta integral de (...)?	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437
Encuestador/a: solicite el carne del nacido vivo o libreta de atención integral y transcriba el dato, Preg. 433 a 436			
433. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO:	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem
434. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA: TALLA AL NACER	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem
435. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem
436. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA:PESO AL NACER	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR)HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
437. ¿Cuánto pesó (...)?	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88
438. ¿(...) Peso menos de 5.5 Libras, 2.5 Kilogramos o 2500 gramos?	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88
439. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88
E. CONTROL POST PARTO			
440. ¿Tuvo usted algún control después del parto de (...)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443
441. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐
442. ¿Dónde tuvo el control de post parto? Establecimientos de Salud del MSP .... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?..... 10 No recuerda 77	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10
443. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) le volvió su regla ?	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le ha vuelto aún 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le vuelto aún 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le vuelto aún 63
444. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) volvió a tener relaciones sexuales ?	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
F. CONTROL DEL NIÑO			
445. ¿(...) fue inscrito en el Registro Civil?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
446. ¿Está vivo (...)?	Si ..... 1 → PASE a PREG.448 No 2	Si ..... 1 → PASE a PREG. 448 No 2	Si ..... 1 → PASE a PREG. 448 No 2
447. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
448. ¿Después de que nació (...), le llevó para control médico?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454
449. ¿Qué tiempo después de nacido (...), le llevó al control médico por primera vez?	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77
450. ¿Porqué o para qué le llevó a (...):	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77
451. ¿Después de su nacimiento a cuántos *controles del niño sano* llevó a (...), cuando tenía:	Nro. Controles ¿De 0 a menos de 1 año? ..... 1 __ ¿De 1 año a menos de 2 años? ..... 2 __ ¿De 2 años a menos de 5 años ..... 3 __		

451a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
1	1	2	__	__	____	9	1	2	__	__	____
2	1	2	__	__	____	10	1	2	__	__	____
3	1	2	__	__	____	11	1	2	__	__	____
4	1	2	__	__	____	12	1	2	__	__	____
5	1	2	__	__	____	13	1	2	__	__	____
6	1	2	__	__	____	14	1	2	__	__	____
7	1	2	__	__	____	15	1	2	__	__	____
8	1	2	__	__	____	16	1	2	__	__	____

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

451 a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
17	1	2				21	1	2			
18	1	2				22	1	2			
19	1	2				23	1	2			
20	1	2				24	1	2			

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
452. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevó a (...)? Establecimientos de salud MSP ..... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?.....10 No recuerda 77	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10

453. ¿Durante el control del niño, recibió consejería/asesoría sobre:	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
A. Lactancia materna?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Alimentación complementaria?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Desarrollo del niño?	1	2	88	1	2	88	1	2	88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
454. ¿Hasta que edad le dio el seno (leche materna) a (...)?	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77
455. SEÑOR ENCUESTADOR: VEA PREGUNTA 403 ¿Está vivo?	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Pase a preg. 500
456. ¿Vive (...), con usted actualmente?	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Pase a preg. 500
G. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)			
457. ¿Ha tenido diarrea (...) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473
458. ¿Cuántos días le dura/ó (...) la diarrea?	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00
459. ¿Todavía (...) tiene diarrea?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
460. Mientras (...) tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿cuántas veces fueron?	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88
461. ¿La diarrea tenía sangre?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2

462. En los días que tuvo diarrea (...): **(LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)**	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
	SI	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablar	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed	1 PASE a E	2	88	1 PASE a E	2	88	1 PASE a E	2	88
C. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos.	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Le ofrecía líquidos de beber y no bebía nada?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Tenía los ojos hundidos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
463. ¿Hizo algo para aliviarle?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468			Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468			Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
464. Para el tratamiento de la diarrea de (…), ¿Le dío: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR
A. Purgantes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Medicinas de plantas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Suero casero?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Otros remedios caseros?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Sales de rehidratación o suero oral?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Le pusieron suero en las venas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. Antidiarreicos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
I. Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
J. Recibió otros tratamientos, cuál?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
	↳ Especifique			↳ Especifique			↳ Especifique		

G. Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimetropin-sulfa, cefalosporina, etc
H. Antidiarreicos: Kaopectate, Caolinpectina, imodium, etc.
* otros: 6-copin, enterogermina, floratil, sal-andrews, etc

	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
465. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (…)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468
466. ¿Dónde o a quién consulto primero? Establecimientos de salud del MSP ... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ... 3 Hospital FF.AA / Policía ... 4 Junta de Beneficencia * ... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud ... 6 Fundación/ ONG** ... 7 Clínica/Consultorio privado ... 8 Curandero ... 9 Farmacia/Botica ... 10 Otro, cuál? ... 11	Código Especifique Solo código 11	Código Especifique Solo código 11	Código Especifique Solo código 11
467. ENCUESTADOR/A VEA la preg. 464 y verifique si una de las alternativas de respuesta fue código 1. Si es así pase a la preg. 469	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
468. ¿Por qué no hizo nada para aliviarle? No lo considero necesario..... 1 Demasiado lejos..... 2 Servicios malos..... 3 Por descuido..... 4 Falta de dinero..... 5 Demasiado ocupada..... 6 Falta de transporte..... 7 Nadie podia cuidar a los hijos. 8 Marido/parientes no le permitieron..... 9 Otro, cuál?..... 10 No sabe/ no responde..... 88 PASE a PREG. 470	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10
469. ¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
470. Durante la diarrea, ¿le dió de tomar:	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88
471. Durante la diarrea, ¿cambio el tipo de dieta?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88
472. Durante la diarrea, ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88
H. INFECCIÓN RESPIRATORIO AGUDA (IRA)			
473. ¿En las últimas dos semanas ha tenido (...),tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre y/o gripe (incluyendo este dia)?	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482
474. ¿Cuántos días estuvo enfermo?	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
475. ¿Todavía tiene esta enfermedad?	Si ..... 1 No 2			Si ..... 1 No 2			Si ..... 1 No 2		
476. (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. ¿Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dieron ataques?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Vomitaba todo?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Se le hundía el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Hacía ruido al respirar?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. ¿Le silbaba o le roncaba el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
477. Durante esta enfermedad: **(LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)**	**SI**	**NO**	**NS/NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. ¿Le puso gotas de agua tibia (de manzanilla u otras) en la nariz?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dio algún descongestionante?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Le dio antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Le dio algo más, qué?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
Especifique	↳ Especifique			↳ Especifique			↳ Especifique		
478. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 481**			Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 481**			Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG.481**		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
479. ¿Dónde o a quien consultó primero? Establecimientos de Salud del MSP.... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino .....3 Hospital FF.AA/ Policía.....4 Junta de Beneficencia *.....5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....6 Fundación/ ONG**.....7 Clínica/Consultorio privado .....8 Curandero.....9 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	___ Código _____ Especifique Solo código 11	___ Código _____ Especifique Solo código 11	___ Código _____ Especifique Solo código 11
480. ENCUESTADOR/A VEA en PREG. 477. Si marcó al menos un código "1"	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2
481. ¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)? No lo consideró necesario / no era grave..... 1 No tenía remedio(s) para darle.... 2 No tuvo tiempo / demasiado ocupada..... 3 Mala atención..... 4 Servicios malos ..... 5 Por descuido..... 6 Falta de dinero..... 7 Por la distancia / falta de transporte ..... 8 Nadie podía cuidar los niños..... 9 Otro, cuál? .....10 No sabe/no responde.....88	___ Código _____ Especifique Solo código 10	___ Código _____ Especifique Solo código 10	___ Código _____ Especifique Solo código 10
I. DESPARASITACIÓN Y MICRONUTRIENTES			
482. ¿Le dio a (...) algún desparasitante durante los últimos 6 meses?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
483. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud, hierro en polvo como micronutrientes (chispas) para prevenir la anemia?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
484. ¿Qué cantidad de sobres recibió? ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días?	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*
485. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud hierro en alguna otra presentación para prevenir la anemia?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486
485a. ¿En que presentación?	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2
485b. ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días?	días ___	días ___	días ___
486. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal salud Vitamina A?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A:

TRASLADE CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ O LIBRETA INTEGRAL DE SALUD ANOTADA PARA CADA VACUNA Y DOSIS: LA QUE ESTÁ ESCRITA CON ESFEROGRÁFICO ES LA QUE DEBE REGISTRAR COMO POSITIVA "SI", LA FECHA QUE ESTÁ CON LÁPIZ ES LA PRÓXIMA CITA, NO LA REGISTRE.

487. CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: *¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)?*. COMPLETE LOS DATOS, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS EN LAS COLUMNAS SEGÚN MADRE.

NOMBRE DE LA VACUNA	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO								2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO								3 TERCERO ANTERIOR							
	A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?			A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?			A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?		
	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S
BCG	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
HEPATITIS B	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
ROTAVIRUS 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
ROTAVIRUS 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
IPV 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
OPV 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
OPV 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
SRP 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
SRP 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A: REVISE LA PREGUNTA 487 Y SI EL NIÑO/A RECIBIÓ LA DOSIS DE ALGUNA VACUNA (DEL CARNET O MADRE), PREGUNTE EN QUE ESTABLECIMIENTO DE SALUD LE VACUNARON; CASO CONTRARIO SI AÚN NO LA RECIBE ASIGNE EL CÓDIGO 99 Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE VACUNA :

487 A. (...) Recibió la (VACUNA) en el:

NOMBRE DE LA VACUNA	**1** **ÚLTIMO NACIDO VIVO**	**2** **PENÚLTIMO NACIDO VIVO**	**3** **TERCERO ANTERIOR**
	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99
BCG			
HEPATITIS B			
ROTAVIRUS 1			
ROTAVIRUS 2			
PENTAVALENTE 1			
PENTAVALENTE 2			
PENTAVALENTE 3			
IPV 1			
OPV 2			
OPV 3			
NEUMOCOCO CJ 1			
NEUMOCOCO CJ 2			
NEUMOCOCO CJ 3			
SRP 1			
SRP 2			

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

500	**ENCUESTADOR/A: LA FECHA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO/A NACIDO/A VIVO/A (VEA EN PREG. 218 SECCIÓN II) ES A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 524
501	**ENCUESTADOR/A: VEA LA PREGUNTA 423 Y REGISTRE EL ESTABLECIMIENTO DÓNDE DIO A LUZ A SU ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO/A.**	Establecimiento de Salud MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Junta de Beneficencia* ..... 7 Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud..... 8 Fundación / ONG**..... 9 En casa ..... 10 → PASE a PREG. 508 Otra, cuál?..... 11 → PASE a PREG. 516 *Especifique*
502	**¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud?** *(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)* **NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.**	Factores económicos ..... 1 Confianza en el personal del establecimiento..... 2 Atención buena, personal pendiente ..... 3 Por emergencia ..... 4 Establecimiento estaba cerca ..... 5 Más seguro en caso de complicación ..... 6 Personal capacitado, profesional ..... 7 Es afiliada o cubierta ..... 8 Tiene seguro privado ..... 9 Otro, cuál?..... 10 *Especifique*
503	**¿Durante el parto le hicieron un examen de VIH?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde..... 88

Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto normal, cesárea o aborto en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.

504. ¿Cómo le pareció a usted:	Parto normal o cesárea (ver pregunta 425)				Aborto (ver pregunta 216)			
	Buena	Regular	Mala	NS/NR	Buena	Regular	Mala	NS/NR
a. El trato que recibió del personal de salud que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
b. La experiencia/conocimiento de la persona que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
c. La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	1	2	3	88	1	2	3	88
d. La privacidad durante su atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
e. La comodidad del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
f. El tiempo que tardaron en atenderla?	1	2	3	88	1	2	3	88
g. El horario de atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
h. La limpieza/aseo del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
i. La ropa/vestimenta utilizada en el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88
j. La información que le dio el personal de salud sobre su salud o la de su bebé?	1	2	3	88	1	2	3	88
k. El respeto a su cultura y costumbres relacionadas con el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

505 **Cuando usted fue atendida, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto dentro o fuera del establecimiento de salud?**

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

- Sí 1
- No tuve que pagar, pero compre medicamentos, pañales, otros insumos, etc. 2
- No pagó nada 3
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 507

506 **¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

507 **Cuando usted dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida:**

- Mucho tiempo? 1
- Ni mucho, ni poco tiempo? 2
- Poco tiempo? 3
- Le atendieron inmediatamente? 4
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 511

508 **¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

- Por cultura/costumbre 1
- Factores económicos 2
- Establecimiento queda lejos 3
- No confía en el establecimiento 4
- Falta de transporte 5
- No tuvo tiempo para llegar al establecimiento 6
- Más seguridad, confianza en la casa 7
- Otra, cuál? _____ 8
  Especifique

509 **Cuando dio a luz a (...) en la casa, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 511

510 **¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

511 **¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (...) en el establecimiento de salud o en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

No lea, espere la respuesta espontánea

- Nadie/costumbre 1
- Usted 2
- Esposo/conviviente/pareja 3
- Juntos (usted con su esposo/conviviente/ pareja) 4
- Madre/padre 5
- Suegra/suegro 6
- Otro familiar 7
- Personal de salud (Médico/enfermera/obstetriz) 8
- Partera/comadrona 9
- Otros prestadores tradicionales (yachac/ shaman/curandero,etc) 10
- Otro, cuál? _____ 11
  Especifique
- No sabe/ no responde 88

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

512 **¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?**

Casa 1
Establecimiento de Salud 2
No sabe/ no responde 88

513 **A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

Durante el embarazo de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. Hinchazón de manos, pies o cara?	1	2	88
b. Desmayos?	1	2	88
c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	1	2	88
d. Convulsiones?	1	2	88
e. Dolores fuertes de barriga?	1	2	88
f. Mareos/Náusea/Vómitos?	1	2	88
g. Fiebre?	1	2	88
h. Preclampsia/Eclampsia? (Producida por la presión arterial alta)	1	2	88
i. Infección de vías urinarias?	1	2	88
j. Sangrado/Hemorragia?	1	2	88
k. Otro, cuál? _____	1		

514 **Encuestador/a: Si en la pregunta 513 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente**

Si.....1
No.....2 → **PASE A PREG.516**

515 **¿A quién o a dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones durante el embarazo?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

Establecimiento de Salud o personal de salud (fuera o dentro de casa) 1
Farmacia/botica 2
Se quedó en casa/remedios caseros 3
Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) 4
Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5
No sabe/ no responde 88

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

516 **A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

En el parto de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2	88
b. Tuvo dolores/contracciones?	1	2	88
c. Se rompió el agua de fuente un día antes del parto?	1	2	88
d. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2	88
e. Cadera estrecha?	1	2	88
f. Sangrado abundante?	1	2	88
g. Infección generalizada/ sepsis?	1	2	88
h. El bebé no respiró o no lloró al nacer?	1	2	88
i. Parto gemelar o múltiple (dos o más)?	1	2	88
j. El bebé no se movía?	1	2	88
k. El bebé se tomó el agua de fuente?	1	2	88
l. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	1	2	88
m. Otro, cuál?	1		

ENCUESTADOR/A:Vea PREGUNTA 501, EL PARTO FUE:

Institucional ..... 1 → PASE a PREG. 517

En la casa 2

En otro lugar 3

PASE a PREG. 522

517 **¿Recibió consejería o asesoría de los signos de alarma como sangrado vaginal, fiebre alta después del parto?**

Si.....1

No.....2

518 **¿Recibió consejería o asesoría en métodos anticonceptivos antes de salir del establecimiento de salud?**

Si.....1

No.....2 → PASE A PREG.522

519 **¿Se decidió por algún método anticonceptivo?**

Si.....1

No.....2 → PASE A PREG.522

520 **¿Por cuál método se decidió?**

Esterilización femenina o ligadura..... 1

Implante(Implanon, Jadelle)..... 2

Inyección anticonceptiva..... 3

Pastillas anticonceptivas..... 4

Diu/T de cobre..... 5

Condón femenino/masculino..... 6

Otro, ¿cuál?_____ 7
Especifique

NS/NR..... 88

521 **¿Le realizaron o entregaron el método anticonceptivo por el cual se decidió, antes de salir del establecimiento de Salud?**

Si.....1

No..... 2

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

522	**Encuestador/a: Si en la pregunta 516 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente**	Si.....1 No.....2 → PASE A PREG.524
523	**¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones del parto?**	Establecimiento de Salud o personal de salud..... 1 Farmacia/botica ..... 2 Se quedó en casa/remedios caseros..... 3 Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) ..... 4 Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5 No sabe/ no responde 88

SALUD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 49 AÑOS

524	**Ahora, hablando de su salud, ¿Alguna vez durante toda su vida le han vacunado contra el tétanos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde ..... 88 → PASE a PREG. .526
525	**¿Cuántas dosis de vacunas antitetánicas le han puesto?**	Una ..... 1 Dos ..... 2 Más de dos ..... 3 No sabe/ no responde 88
526	**¿Ha recibido información sobre el cáncer de útero (matriz)?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde 88
527	**¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 532 No sabe/ no responde ..... 88 → PASE a PREG. 533
528	**¿Conoció el resultado de ese examen?**	Sí ..... 1 No 2
529	**¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó el examen de Papanicolaou?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Días ..... ___ Semanas..... ___ Meses ..... ___ Años ..... ___ No recuerda 77

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

530	**¿Cada qué tiempo se hace el examen de Papanicolau:**	Es la primera vez?..... 1 Cada año? ..... 2 Cada dos años? ..... 3 Cada tres años? ..... 4 Cada cuatro años? ..... 5 Cada cinco años? ..... 6 Cada seis o más años? ..... 7 Otra, ¿cuál?..... 8 Especifique No recuerda 77
531	**¿Dónde se hizo el examen de Papanicolau?**	Establecimiento de Salud MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Junta de Beneficencia* ..... 7 Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud...8 Fundación / ONG**..... 9 Otra, cuál?..... 10 *Especifique* PASE a PREG. 533
532	**¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen de Papanicolau?**	Falta de Información..... 1 No lo considera necesario..... 2 El establecimiento de salud queda lejos..... 3 Por pena o vergüenza..... 4 Falta de dinero..... 5 No tiene con quien dejar a los niños(as)..... 6 Su pareja se opone..... 7 Por miedo/temor..... 8 Otro, ¿cuál? _____ 9 Especifique No Sabe/ no responde 88
533	**¿Ha oído hablar del cáncer de mama (del seno o de los pechos)?**	Sí ..... 1 No 2
534	**¿Alguna vez alguien del personal de salud le ha examinado los pechos o senos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No recuerda 77
535	**¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos o senos usted sola (el autoexamen)?**	Sí ..... 1 No 2
536	**¿Se ha realizado alguna vez una mamografía, radiografía o ecografía de los pechos o senos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No recuerda 77

** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A, LÉALE A LA ENTREVISTADA: Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.LEA LA PREGUNTA 600 SIN LAS CATEGORÍAS Y MARQUE LAS QUE LA INFORMANTE MENCIONE, LUEGO, LEA LA PREGUNTA 601 INCLUYENDO LAS CATEGORÍAS EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 602 Y 603, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS SEÑALADOS.

MÉTODO	600: ¿Qué métodos de Planificación Familiar o métodos para no tener hijos conoce usted? (NO LEA. ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA)	601: ¿Conoce o ha oído hablar de (...): (LEA LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONÓ ESPONTÁNEAMENTE)		602: ¿Alguna vez ha usado (...)? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		603: ¿Usa actualmente? (ÚLTIMOS 30 DÍAS)	
	SÍ ESPONTÁNEO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. Esterilización masculina o vasectomía?	1	1	2	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura?	1	1	2	1	2	1	2
3. Implante (Implanon, Jadelle)?	1	1	2	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
5. Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre?	1	1	2	1	2	1	2
6. Píldora o pastilla anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
7. Condón o preservativo femenino?	1	1	2	1	2	1	2
8. Condón o preservativo masculino?	1	1	2	1	2	1	2
9. Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)?	1	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)?	1	1	2	1	2	1	2
11. Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)?	1	1	2	1	2	1	2
12. Método de lactancia exclusiva – MELA?	1	1	2	1	2	1	2
13. Otro, ¿cuál? _____ (Especifique)	1			1	2	1	2

ENCUESTADOR/A: Si en la pregunta 602-2 la mujer indica que ha usado esterilización femenina (código 1) circular también código 1 en la pregunta 603 (uso actual)

604 **ENCUESTADOR/A: VEA PREGUNTAS 602 Y 603 Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE**

LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE ..... 1 PASE A PREG. 620

LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS ..... 2 PASE A PREG. 610

LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE .... 3 PASE A PREG. 605

605 **¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía..... 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle)..... 3
- Inyección anticonceptiva..... 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6
- Condón o preservativo femenino..... 7
- Condón o preservativo masculino..... 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA..... 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/ no responde..... 88

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

606	**¿Cuál fue el primer método que usted usó?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Esterilización masculina o vasectomía..... 1 Esterilización femenina o ligadura..... 2 Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 Inyección anticonceptiva..... 4 Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5 Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6 Condón o preservativo femenino..... 7 Condón o preservativo masculino..... 8 Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9 Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10 Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11 Método de lactancia exclusiva – MELA.....12 Otro, cuál? _____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88
607	**¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**	Edad en años ..... |_|_| No recuerda..... 77
608	**Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**	No. de hijos/hijas nacidos vivos ..... |_|_| **(SI NO TENÍA ANOTE 00)**
609	**¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**	Ambos (usted y su pareja)? ..... 1 Sólo usted? ..... 2 Sólo su pareja? ..... 3 Otra persona? 4
610	**ENCUESTADOR/A: VEA EN PREG. 200, SECCIÓN II SI ESTA EMBARAZADA**	Embarazada ..... 1 → **PASE a PREG. 615** No embarazada ..... 2 No sabe 88
611	**¿Cree usted que puede quedar embarazada?**	Sí ..... 1 → **PASE a PREG. 613** No ..... 2 No sabe ..... 3 → **PASE a PREG. 613**
612	**¿Cuál es la razón principal por la que cree que no puede quedar embarazada?**	Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos ..... 1 Menopausia ..... 2 Ya pasaron 2 años o más de querer embarazarse sin resultado..... 3 → **PASE a PREG. 700** Sin vida sexual ..... 4 Amamantamiento ..... 5 Otro, ¿cuál? _____ 6 *Especifique* → **PASE a PREG. 615**

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

613 **¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos/as actualmente:**

- Desea embarazo? 1
- Postparto o Amamantamiento? 2
- Sin vida sexual? 3

→ PASE a PREG. 615

- Por la edad? 4
- No le gusta? 5

→ PASE a PREG. 700

- Miedo a efectos colaterales? 6
- Tuvo efectos colaterales? 7
- La pareja se opone? 8
- Por pena o vergüenza? 9
- Por motivos económicos? 10
- No conoce/No tiene información sobre Métodos anticonceptivos? 11
- Razones religiosas? 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/No responde 88

614 **¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos/as actualmente?**

- Sí ..... 1 → PASE a PREG. 616
- No 2
- No sabe/ no responde 88

615 **En el futuro ¿le gustaría usar algún método?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 700

616 **¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted o su pareja?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle) 3
- Inyección anticonceptiva 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva 6
- Condón o preservativo femenino 7
- Condón o preservativo masculino 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después) 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings) 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar) 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 700

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

617	**¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?**	Sí .....1 No .....2 → PASE a PREG. 700
618	**¿En qué lugar conseguiría u obtendría el método?**	Establecimientos de salud Del MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud.... 9 Fundación / ONG**..... 10 Farmacia o Botica..... 11 Partera..... 12 Otro, ¿cuál?_____ 13 Especifique No sabe/ no responde..... 88
619	**¿Cuánto tiempo tardaría normalmente en llegar a ese lugar?** **SI SE TRASLADARÍA REGISTRE EN HORAS Y/ O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".**	Minutos ..... 1 ___ Horas ..... 2 ___ No sabe ..... 88 PASE a PREG. 700

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

620	**ENCUESTADOR/A:** Vea preg. 603 y marque el método que usa, si está utilizando más de un método, encierre con un círculo el método más efectivo de acuerdo al orden de efectividad	Esterilización masculina o vasectomía..... 1 → PASE a PREG. 622 Esterilización femenina o ligadura..... 2 Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 Inyección anticonceptiva..... 4 Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5 Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6 Condón o preservativo femenino..... 7 Condón o preservativo masculino..... 8 Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9 PASE a PREG. 625 Ritmo, calendario o control de la temperatura, Moco cervical (Billings)..... 10 Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11 Método de lactancia exclusiva – MELA..... 12 Otro, ¿cuál? _____ 13 Especifique PASE a PREG. 627

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

621 **¿Qué edad tenia usted cuando le esterilizaron o ligaron?**

Edad en años ..... ☐☐

622 **¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización o ligadura?**

Establecimientos de Salud del MSP..... 1
Hospital de Especialidades del IESS 2
Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3
Dispensario Seguro Campesino..... 4
Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5
Hospital/Clínica Privada 6
Consultorio particular..... 7
Junta de Beneficencia* 8
Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud 9
Fundación / ONG**..... 10
Otra, ¿cuál?..... 11
Especifique
No sabe/ no responde..... 88

623 **¿Quién tomó la decisión para la esterilización o ligadura:**

Usted?..... 1
Esposo/Pareja? 2
Usted y su esposo/pareja? 3
Médico? 4
Usted, esposo/pareja y médico? 5
Familiares? 6
No sabe/no responde..... 88

624 **Dada la situación actual, si tuviera(n) que elegir nuevamente, ¿Tomaría(n) la misma decisión de operarse para no tener más hijos(as)?**

Sí 1
No ..... 2 → PASE a PREG. 629
No sabe/ no responde 88

625 **¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?**

Establecimientos de Salud del MSP..... 1
Hospital/Clínica IESS..... 2
Centro Clínico Quirúrgico del IESS 3
Dispensario Seguro Campesino 4
Hospital/Policlínico- FFAA/Policía..... 5
Hospital/Clínica Privada..... 6
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 7
Junta de Beneficencia*..... 8
Fundación/ONG**..... 9
Consultorio particular..... 10
Farmacia o Botica..... 11
Otro, ¿cuál? _____ 12
Especifique
No sabe/No responde..... 88 → PASE a PREG. 627

626 **¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?**
SI SE TRASLADA REGISTRE EN HORAS Y/O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".

Minutos ..... 1 ☐☐
Horas ..... 2 ☐☐
No sabe/ no responde 88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR)HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

627 **¿Para qué o por qué usa usted los métodos anticonceptivos principalmente:**

- Ya no quiere tener más hijos/as? 1
- No quiere tener hijos/as? 2
- Para espaciar o posponer los embarazos? 3
- Para protección del VIH/Sida y otras ITS? 4
- Por razones de salud? 5
- Otro, cuál? _____ 6
  Especifique

628 **¿Quién tomó la decisión de usar este método:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, cuál? _____ 4

629 **¿Cuál fue el primer método que usted usó?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle) 3
- Inyección anticonceptiva 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva 6
- Condón o preservativo femenino 7
- Condón o preservativo masculino 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después) 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings) 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar) 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA 12
- Otro, ¿cuál? _____ 13
  Especifique
- No sabe/ no responde 88

630 **¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**

Edad en años ..... |_|_|

631 **Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**

No. de hijos/hijas nacidos vivos ..... |_|_|

(SI NO TENÍA ANOTE 00)

632 **¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, ¿cuál? _____ 4

633 **¿Quién toma la decisión cuando usted necesita o requiere realizarse una atención médica ginecológica:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, ¿cuál? _____ 4

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

700 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 602 en la línea 2 si está o no esterilizada.**

¿Está esterilizada?

Si está esterilizada ..... 1 → PASE a PREG. 703

No esta esterilizada 2

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro

701 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

NO EMBARAZADA O INSEGURA
¿Quisiera tener un (otro) hijo/hija o Preferiría no tener (más) hijos/hijas? ⌊_⌋

EMBARAZADA ⌊_⌋

¿Después del hijo/hija que está esperando, quisiera tener otro hijo/hija o preferiría no tener mas hijos/hijas?

Quiere hijo/hija 1

No quiere hijos/ más hijos/as 2

Menopáusica 3

No por razones médicas 4

Indecisa 5

Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 6

→ PASE a PREG. 703

702 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

NO EMBARAZADA O INSEGURA ⌊_⌋

¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo/hija?

EMBARAZADA ⌊_⌋

¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que esta esperando, antes de tener otro hijo?

Meses ..... 1 ⌊_|_⌋

Años ..... 2 ⌊_|_⌋

Pronto/Ahora 3

Menopáusica (estéril) 4

Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5

No sabe/ no responde 88

703 ***Encuestador/a vea Preg. 218***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos/hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en todo su vida ¿Cuántos serían? ⌊_⌋

NO TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?

Número ..... ⌊_|_⌋

SI RESPONDE NINGUNO REGISTRE "00"

704 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 700 Si la mujer está esterilizada.**

Sí ..... 1 → PASE a PREG. 800

No 2

705 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 701 y copie la respuesta**

Quiere hijo/hija ..... 1 → PASE a PREG. 800

No quiere más hijos/as 2

Menopáusica 3

No por razones médicas 4

Indecisa 5

_____ (Especifique)

No sabe 88

→ PASE a PREG. 800

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la respuesta CON UN CÍRCULO.

706	**¿Cuál es la razón principal por la que no desea más hijos(as)?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Problemas económicos..... 1 Por razones de salud..... 2 Ya tiene suficientes hijos/as..... 3 Por la edad..... 4 Su trabajo no le permite..... 5 No puede atender los hijos..... 6 Inestabilidad conyugal..... 7 Otro, ¿cuál?_____ 8 Especifique No sabe/ no responde..... 88
707	**¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos(as)?**	Sí ..... 1 No 2

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, Realice la pregunta 800. Para cada tema que sea CÓDIGO "1" continúe con la pregunta 801.

ENCUESTADOR/A (LÉALE UNO A UNO) TEMA	800: ¿Recibió o ha recibido información sobre:			801: ¿De quién o dónde recibió la mayor información? (SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)				
	SI	NO	NS/NR	FAMILIAR?	ESCUELA COLEGIO?	INTERNET?	OTRAS PERSONAS?	OTRAS INSTITUCIONES?
		SIGUIENTE ITEM						
a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	1	2	88	1	2	3	4	5
b. El aparato reproductor femenino/masculino?	1	2	88	1	2	3	4	5
c. La menstruación o regla?	1	2	88	1	2	3	4	5
d. Las relaciones sexuales?	1	2	88	1	2	3	4	5
e. El embarazo y el parto?	1	2	88	1	2	3	4	5
f. Los métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	3	4	5
g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	1	2	88	1	2	3	4	5
h. Píldora de emergencia (del día después)?	1	2	88	1	2	3	4	5
i. Sexualidad (róles de género, orientación sexual, reproducción, valores, el placer, la intimidad etc.)?	1	2	88	1	2	3	4	5

802	**VEA LA EDAD EN PREG. 101 SECCIÓN I Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE**	Tiene de 10 a 14 años ..... 1 Tiene de 15 a 24 años..... 2 Tiene de 25 a 49 años ..... 3→ PASE a PREG. 831
803	**¿Ha tenido relaciones sexuales?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. 840 No desea contestar 3
804	**¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?**	Años ..... ☐☐ No sabe/ no recuerda ..... 88 No desea contestar ..... 99 → PASE a PREG. 840
805	**¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)**	Años ..... ☐☐ No sabe/ no responde 88
806	**¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?**	Cónyuge/Conviviente ..... 1 Novio ..... 2 Amigo ..... 3 Familiar ..... 4 Desconocido ..... 5 Otro, cuál?_____ 6 *Especifique* No sabe/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

807	**¿Su primera relación sexual ocurrió porque:**	Lo decidieron juntos? ..... 1 Usted le convenció? ..... 2 Le convenció su pareja? ..... 3 Simplemente pasó? ..... 4 Fue sin consentimiento? ..... 5 → PASE a PREG. 812 Otro, cuál? _____ 6 *Especifique* No sabe/ no responde 88
808	**¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 811
809	**¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?**	Implante (Implanon, Jadelle) ..... 1 Inyección anticonceptiva ..... 2 Pastillas anticonceptivas ..... 3 Pastilla de emergencia (del día después) ..... 4 Condón ..... 5 Métodos vaginales ..... 6 Coito interrumpido (retiro) ..... 7 Ritmo, calendario ..... 8 Billings (moco cervical) ..... 9 Otro, cuál? _____ 10 *Especifique* No sabe/ no responde 88
810	**¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?**	Usted ..... 1 Su pareja ..... 2 Los dos ..... 3 → PASE a PREG. 812
811	**¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?**	No esperaba tener relaciones en ese momento ..... 1 No conocía ningún método ..... 2 Quería embarazarse ..... 3 Conocía anticonceptivos, pero no sabía donde obtenerlos ..... 4 Su pareja se opuso ..... 5 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento ..... 6 Otra, cuál? _____ 7 Especifique No sabe/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

812	**ENCUESTADOR/A: OBSERVE LAS PREGUNTAS 200 Y 207, SECCIÓN II HISTORIA DE NACIMIENTOS Y EMBARAZOS**	Sí ha estado embarazada ..... 1 No ha estado embarazada ..... 2 → PASE a PREG. 831
813	**¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?**	Años cumplidos..... ☐☐
814	**Cuando se embarazó ¿Pensaba que podia quedar embarazada?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 816 No 2
815	**¿Por qué no?**	Era la primera vez ..... 1 No tenía relaciones frecuentes ..... 2 Usó anticonceptivos ..... 3 Creía que no estaba en su período fértil ..... 4 Creía que todavía no tenía la edad ..... 5 Su pareja le dijo que no quedaría embarazada..... 6 Otro, cuál?_____ 7 *Especifique*
816	**En la época en la que quedó embarazada:**	¿Quería tener ese hijo/a? ..... 1 ¿Quería esperar más tiempo? 2
817	**¿Qué edad tenía la persona que la embarazó por primera vez?**	Años ..... ☐☐ No sabe 88
818	**¿Qué era para usted esa persona en ese momento?**	Esposo/Pareja..... ..... 1 Novio ..... 2 Amigo ..... 3 Familiar ..... 4 Desconocido ..... 5 Otra, cuál? _____ 6 *Especifique* No responde 88
819	**En su primer embarazo:**	Tuvo un hijo nacido vivo?..... 1 Tuvo una pérdida antes de cumplir 5 meses de embarazo(aborto)..... 2 Tuvo un hijo que nació muerto después de que tuviera 5 meses de embarazo (mortinato) ..... 3 Aún embarazada..... 4 PASE a PREG. 826

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

820	**¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?**	Sí ..... 1 No ..... 2 } PASE a PREG. 826 Nunca estudió ..... 3 }
821	**¿Qué nivel de instrucción y grado, curso o año estaba cursando ?**	**NIVEL** **GRADO/CURSO/AÑO** Ninguno ..... 0 Centro de Alfabetización ..... 1 __|__ Primaria ..... 2 __|__ Secundaria ..... 3 __|__ Educación Básica ..... 4 __|__ Bachillerato – Educación Media..... 5 __|__ Superior no Universitario ..... 6 __|__ Superior Universitario..... 7 __|__ Post-grado, Doctorado, PHD..... 8 __|__
822	**¿Interrumpió sus estudios?**	Sí ..... 1 No 2
823	**ENCUESTADOR/A vea en Preg. 819 si ya terminó su primer embarazo**	Ya terminó ..... 1 Aún embarazada ..... 2→ PASE a PREG. 826
824	**¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. 826 No 2
825	**¿Por qué no siguió asistiendo?** **REGISTRE LA PRINCIPAL**	No tenía con quien dejar al niño/niña..... 1 Ya no le quedaba tiempo..... 2 El niño/a era muy enfermo..... 3 Oposición del cónyuge/conviviente..... 4 Acoso sexual..... 5 No la admitieron/fue expulsada..... 6 Problemas de salud..... 7 Tenía que trabajar..... 8 Cambio de residencia..... 9 Otra, cuál? _____ 10 Especifique

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

826 **Al momento que supo que estaba embarazada,¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?**

Sí 1

No ..... 2 → PASE a PREG. 832

827 **¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?**

Sí 1

No 2

828 **ENCUESTADOR/A vea en Preg. 823 si ya terminó su primer embarazo**

Ya terminó 1

Aún embarazada ..... 2 → PASE a PREG. 832

829 **¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?**

Sí ..... 1 → PASE a PREG. 832

No 2

830 **¿Por qué no volvió a trabajar?**

- No tenía con quien dejar al niño/niña 1
- Ya no le quedaba tiempo 2
- El niño/a era muy enfermo 3
- Oposición del cónyuge/conviviente 4
- Acoso sexual 5
- Fue despedida 6
- Problemas de salud 7
- Era empleo temporal 8
- No encuentra/no encontró trabajo 9
- Cambio de residencia 10
- Otro, cuál? _____ (Especifique) 11

→ PASE a PREG. 832

A partir de la pregunta 831 se investigará también a las mujeres de 25 a 49 años de edad

831 **¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?**

Años ..... |_|_|

No sabe/ recuerda 888

No desea contestar 333

No ha tenido relaciones sexuales..... 777

→ PASE a PREG. 840

832 **¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual (coito)?**

Días ..... |_|_|

Semanas ..... |_|_|

Meses ..... |_|_|

Años ..... |_|_|

Antes del último parto/embarazo 55

No recuerda/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

833 **ENCUESTADOR/A vea en Preg. 832 hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual:**

- Hace menos de un año 1
- Hace un año o más 2
- No recuerda/ no responde 88

→ PASE a PREG. 840

834 **¿Usó el condón en su última relación sexual?**

- Sí ..... 1 → PASE a PREG. 838
- No 2

835 **¿Por qué no lo usó?**

REGISTRE LA PRINCIPAL

- No sabe dónde obtenerlo..... 1
- Es caro/costo..... 2
- Tiene una sola pareja..... 3
- Usa(usaba) otro método..... 4
- Disminuye el placer/incómodo..... 5
- A su pareja no le gusta..... 6
- No tenía en ese momento..... 7
- Nunca lo ha usado..... 8
- Otro, cuál? _____ 9
  Especifique

836 **Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?**

- Sí 1
- No..... 2
- No tiene pareja ..... 3 → PASE a PREG. 840
- No sabe 88

837 **Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón,¿Cómo cree que reaccionaría él:**

- Se molestaría?..... 1
- Aceptaría?..... 2
- No aceptaría?..... 3
- Otro, cuál? _____ 4
  Especifique
- No sabe..... 88

→ PASE a PREG. 839

838 **El condón lo usó para ...**
(Lea las alternativas)

	SÍ	NO
1. ¿Evitar el embarazo?	1	2
2.¿ Evitar el VIH/SIDA?	1	2
3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?	1	2
4. ¿Por otra razón? (Especifique)	1	

839 **Cuándo usted no desea tener relaciones sexuales ¿puede decírselo a su esposo o pareja?**

- Sí 1
- No 2
- No responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

840	**¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla) por primera vez?**	Edad ..... ☐☐ No ha menstruado todavía ..... 97 → **PASE a PREG. 844**
841	**Cuándo eso sucedió, ¿usted sabía lo que es la menstruación o regla?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde 88
842	**¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?**	Padre..... 1 Madre..... 2 Hermana..... 3 Otro pariente..... 4 Amiga..... 5 Profesor(a)..... 6 Nunca le explicaron..... 7 Otra, cuál? _____ 8 Especifique
843	**¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación o regla?** **Si esta menstruando registre en días "00"**	Días ..... ☐☐ Semanas ..... ☐☐ Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ Antes del último (actual) embarazo ..... 77 Ya no menstrua ..... 88 Nunca ha menstruado 99
844	**Según su opinión, ¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo:**	El hombre?..... 1 La mujer?..... 2 Los dos juntos?..... 3 Cualquiera de los dos?..... 4 No sabe..... 88
845	**En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe / no responde..... 88

SECCIÓN IX. NUPCIALIDAD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

900	**¿Actualmente usted está:**	Casada? ..... 1 Unión libre? ..... 2 Unión de hecho?..... 3 → PASE a PREG. 902 Separada? ..... 4 Divorciada? ..... 5 Viuda? ..... 6 → PASE a PREG. 903 Soltera?. 7
901	**¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. 903 No ..... 2→ PASE a PREG. 1000
902	**Su cónyuge/conviviente vive con usted:**	Si ..... 1 No 2
903	**Usted ¿ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?**	Una vez ..... 1 Más de una vez 2
904	**¿Cuál es la fecha en que se casó o unió por última vez?**	DIA: __ MES: __ AÑO: ____ No recuerda..... 7777
905	**¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?**	Edad en años ..... __ No recuerda 77
906	**¿Qué tiempo tiene de (.....)?** **Encuestador/a vea en la Preg. 900**	Años ..... __ (Si es menos de 1 año anote 00)

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1000	**¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 1002**

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 1001 encierre con un círculo el código 1 para cada infección que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las infecciones que no mencione, haga la pregunta 1002. si la entrevistada responde afirmativamente encierre con un círculo el código 1; caso contrario el código 2.

INFECCIÓN	PREG. 1001 ¿Cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar?	PREG. 1002 ¿Ha oído hablar de ..... (NOMBRE DE LA INFECCIÓN):	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. Sífilis?	1	1	2
b. Gonorrea?	1	1	2
c. VIH / SIDA?	1	1	2
d. Herpes genital?	1	1	2
e. Virus de Papiloma Humano (Condilomas, verrugas, coliflor)?	1	1	2
f. Chancro?	1	1	2
g. Clamidia?	1	1	2
h. Hepatitis B?	1	1	2
i. Tricomoniasis?	1	1	2
j. Candidiasis?	1	1	2
k. Otra, cuál (Especifique)	1		

1003	**ENCUESTADOR/A vea en preguntas 1001c y 1002c si ha oído hablar del VIH/SIDA**	Conoce espontáneo ..... 1 Conoce dirigido ..... 2 No conoce ..... 3 → **FIN DEL FORMULARIO**
1004	**¿Piensa que una persona pueda estar infectada con el VIH/SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe 88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1005	**¿Cree usted que existe cura para el VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
1006	**¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1008 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 1009
1007	**¿Cuál es la razón principal por la que piensa Usted que SI tiene algún riesgo:**	Por qué ha tenido relaciones sexuales con varias parejas en los últimos 12 meses? ..... 1 Por qué no usó condón en todas las relaciones sexuales? ..... 2 Por qué su pareja tiene mas parejas? ..... 3 Por qué su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa (por trabajo, estudio, etc.)? ..... 4 Por qué usted desconoce cómo protegerse del VIH/SIDA? ..... 5 Por qué su pareja no acepta usar condón? ..... 6 Por qué usted ha sido diagnosticada con alguna infección de transmisión sexual? ..... 7 Por qué usted consume algún tipo de droga? ..... 8 Otra, cuál? _____ 9 *Especifique* No sabe/ no responde ..... 88 PASE a PREG. 1009
1008	**¿Cuál es la razón principal por la que piensa que NO tiene riesgo:**	No tiene relaciones sexuales con desconocidos? ..... 1 Usa el condón en todas las relaciones sexuales? ..... 2 Usa otro método anticonceptivo? ..... 3 Mantiene relaciones sexuales con una sola pareja? ..... 4 No tiene pareja sexual? ..... 5 No tiene relaciones sexuales? ..... 6 No consume ningún tipo de droga? ..... 7 No le han hecho transfusiones de sangre? ..... 8 Otra, cuál? _____ 9 *Especifique* No sabe/ no responde 88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 1009 circule el código 1 para cada prevención que mencione **ESPONTÁNEAMENTE** la entrevistada.
- Para cada una de las formas de prevención que no mencione espontáneamente, aplique la pregunta 1010. si la entrevistada responde afirmativamente circule el código 1; caso contrario circule el código 2.

FORMAS DE PREVENCIÓN	PREG. 1009 ¿Cuáles formas de prevención conoce usted para que un hombre o una mujer no se infecte del VIH/ SIDA?	PREG. 1010 ¿Es posible evitar infectarse del VIH/SIDA al ...:	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. No tener relaciones sexuales/ abstinencia?	1	1	2
b. Manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja que no tiene otras parejas (fidelidad mutua)?	1	1	2
c. Utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?	1	1	2
d. No tener relaciones sexuales con desconocidos?	1	1	2
e. Otra, cuál? _____ ESPECIFIQUE	1		

1011 ¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH/SIDA al .....:

	SI	NO	NS/NR
a. Darle la mano a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
b. Besar en la frente a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
c. Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2	88
d. Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
e. Trabajar con una persona que tiene VIH/SIDA?	1	2	88

1012 ¿Si usted supiera:

	SI	NO	NS/NR
a. Que un vendedor/proveedor/tendero de vegetales frescos tiene VIH/ SIDA ¿Le compraría a él?	1	2	88
b. Que un niño está infectado por el VIH/SIDA ¿Cree que puede ir a la escuela con niños que NO tienen VIH/SIDA?	1	2	88
c. Que un pariente suyo se enfermara de VIH/SIDA ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en casa?	1	2	88
d. Que un profesor se encuentra infectado por el VIH/SIDA, pero no se ve enfermo ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1	2	88
e. Que una persona de su familia se infectara por el VIH/SIDA ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto ?	1	2	88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1013	**¿En los últimos 12 meses en su última relación sexual utilizó condón?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No ha tenido relaciones sexuales..... 3
1014	**¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → FIN DE LA ENTREVISTA
1015	**¿Sabe dónde hacen la prueba o examen para el VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No 2
1016	**¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1023
1017	**¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?**	Años ..... ⌊_⌋⌊_⌋ Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda ..... 888 SI ES MENOS DE UN MES PONGA 00 EN AÑOS Y MESES
1018	**¿Dónde se la hizo?**	Establecimientos de salud del MSP..... 1 Hospital/Clínica IESS..... 2 Hospital FFAA/Policía..... 3 Hospital/Clínica Privada..... 4 Junta de Beneficencia*..... 5 Cruz Roja Ecuatoriana ..... 6 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 7 Fundación/ONG**..... 8 Laboratorio privado..... 9 Otro, cuál? ..... 10 Especifique
1019	**Ese examen se lo hizo:**	¿Por su propia voluntad? ..... 1 ¿Tenía que presentar en el trabajo? ..... 2 ¿Para poder viajar?..... 3 Otra, cuál? 4 Especifique _____

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE. ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1020	**Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?**	Sí ..... 1 No 2
1021	**¿Recibió los resultados de la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1024
1022	**Antes de darle los resultados, ¿Conversaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 PASE a PREG. 1024
1023	**¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No ha considerado necesario ..... 1 Temor a la falta de confidencialidad ..... 2 Oposición de la pareja ..... 3 Oposición de otros familiares ..... 4 Temor al resultado ..... 5 No ha tenido tiempo ..... 6 Razones religiosas ..... 7 Dicen que el personal de salud regaña ..... 8 Dicen que no dan el resultado ..... 9 Por falta de dinero/muy caro ..... 10 Nunca se le ha indicado o recomendado ..... 11 Otra, cuál? _____ *Especifique* 12 No sabe/ no responde 88
1024	**Si le ofrecieran hacer el examen del VIH/SIDA de manera gratuita, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?**	Sí ..... 1 → FIN DE LA ENCUESTA No 2
1025	**¿Cuál es la razón principal por la que no se haría la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No lo necesita ..... 1 Temor a la falta de confidencialidad ..... 2 Oposición de la pareja ..... 3 Oposición de otros familiares ..... 4 Temor al resultado ..... 5 No tiene tiempo ..... 6 Razones religiosas ..... 7 Dicen que el personal de salud regaña ..... 8 Dicen que no dan el resultado ..... 9 Otra, cuál? _____ *Especifique* 10 No sabe/ no responde 88

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
ENSANUT - 2018

MUJERES EN EDAD FÉRTIL (MEF DE 10 A 49 AÑOS), SALUD DE LA NIÑEZ Y LACTANCIA MATERNA (INFORMANTE DIRECTO)

2

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana ☐	2. Área Rural ☐
3. Provincia ☐☐	
4. Cantón ☐☐	
5. Cabecera cantonal o parroquial ☐☐	
6. Conglomerado ☐☐☐☐☐☐	

7. Zona ☐☐☐
8. Sector ☐☐☐
9. No. Secuencial de la vivienda original ☐☐
10. Número de hogares en la vivienda ☐
11. Hogar ☐
12. Período ☐

B. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Manzana: ☐☐☐	Edificio: ☐☐☐

C. DATOS DE LA INFORMANTE

COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

1. COMPLETA (efectiva)	
2. RECHAZO	
3. LA MADRE NO AUTORIZA	
4. OTRA ¿CUÁL?_____ Especifique	

E. PERSONAL RESPONSABLE

SUPERVISOR:	☐☐☐
ENCUESTADOR:	☐☐☐☐
CRÍTICO-CODIFICADOR:	☐☐☐
DIGITADOR:	☐☐☐
VALIDADOR:	☐☐

F. FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA			MES			AÑO	2	0	1	8

RECUERDE: " Antes de iniciar la entrevista con la MEF, procure lograr el máximo de privacidad posible"

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

100	**¿Cuál es su fecha de nacimiento?** ***(Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)***	DÍA ☐☐ MES ☐☐ AÑO ☐☐☐☐ No recuerda 8888
101	**Entonces, ¿Cuántos años cumplidos tiene?**	Años cumplidos ☐☐ No recuerda 88

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A LEA A LA ENTREVISTADA:
Ahora deseamos obtener información de todos los embarazos y partos que usted haya tenido durante toda la vida, hasta la presente fecha.

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

200	**¿Actualmente está usted embarazada?**	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 **PASE a PREG. 207**
201	**En este embarazo:** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	¿Quería quedar embarazada? ..... 1→ **PASE a PREG. 203** ¿Quería esperar más tiempo? ..... 2 ¿ No quería embarazarse? ..... 3→ **PASE a PREG. 203**
202	**¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar?**	a. Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Años ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
203	**¿Cuántas semanas o meses de embarazo tiene usted?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	a. Semanas ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No sabe 88
204	**¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control prenatal?**	Antes de la semana 12 (3 meses)..... 1 → **PASE a PREG. 206** Después de la semana 12..... 2 No se realizó el control..... 3 → **PASE a PREG. 206**
205	**¿Por qué razón NO acudió a su primer control prenatal antes de la semana 12:**	No pudo asistir en el horario de atención del establecimiento de salud?.. 1 No pudo obtener una cita?..... 2 El establecimiento de salud estaba lejos?..... 3 Consideró que aún no había signos evidentes de embarazo?..... 4 Falta de recursos económicos?..... 5 Otro, cual? _____ 6 *Especifique*
206	**¿Es su primer embarazo?**	Si ..... 1→ **PASE a PREG. 524** No..... 2→ **PASE a PREG. 208**
207	**¿Ha estado usted embarazada alguna vez?**	Si ..... 1 No ..... 2→ **PASE a PREG. 524**
208	**Ahora, hablando de sus hijos/as que se encuentran vivos/as, ¿Cuántos hijos y cuántas hijas viven actualmente con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros (entenados)**	a. Hijos en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ b. Hijas en casa ..... ⌊_⌋⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS EN CASA ..... ⌊_⌋⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

209	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas actualmente vivos/as no viven con usted?** **Excluir hijos adoptivos e hijastros (entenados)**	a. Hijos fuera de casa ..... ⌊_⌊_⌋ b. Hijas fuera de casa ..... ⌊_⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS FUERA DE CASA ..... ⌊_⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**
210	**¿Tuvo usted hijos o hijas que nacieron vivos/as y que murieron, aunque hayan vivido poco tiempo. (Presentó algún signo, por ejemplo respiró o lloró)?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 212**
211	**¿Cuántos de sus hijos y cuántas de sus hijas que nacieron vivos/as han muerto?**	a. Hijos que murieron ..... ⌊_⌊_⌋ b. Hijas que murieron ..... ⌊_⌊_⌋ c. TOTAL HIJOS/AS QUE MURIERON..... ⌊_⌊_⌋ **(SI NO TIENE ANOTE 00)**
212	**De todos los embarazos que usted ha tenido en su vida, ¿Tuvo algún hijo/a que murió/falleció antes de nacer (mortinato), pero después de los cinco meses de embarazo?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ⌊_⌋ No ..... 2 → **PASE a PREG. 216**
213	**¿En qué mes y año tuvo su último nacido muerto (mortinato)?**	a. MES ⌊_⌊_⌋ b. AÑO ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ No sabe/No recuerda..... 8888
214	**ENCUESTADOR/A: SI EN LA PREGUNTA 212 DECLARÓ SOLO 1 MORTINATO, CIRCULE CÓDIGO 1. SI LA RESPUESTA EN LA PREG 212 ES MAYOR A 1 CIRCULE CÓDIGO 2**	Solo uno ..... 1 → **PASE a PREG. 216** Más de uno 2
215	**¿En qué mes y año tuvo el hijo/a anterior al último/a que nació muerto/a (mortinato)?**	a. MES ⌊_⌊_⌋ b. AÑO ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ No sabe/No recuerda..... 8888
216	**Hay mujeres que pierden sus embarazos antes de cumplir el quinto mes. ¿Ha perdido usted alguno antes de completar el quinto mes de embarazo (aborto)?**	Sí ..... 1 → **Cuántos?** ⌊_⌋ No 2
217	**ENCUESTADOR/A:** TRANSCRIBA LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 208c, 209c y 211c PARA CORROBORAR QUE LOS DATOS ESTÉN CORRECTOS, PREGUNTE: En total, ¿Cuántos hijos/as nacidos vivos/as ha tenido durante toda su vida? _____	208c. Total hijos/as que viven en casa ⌊_⌊_⌋ 209c. Total hijos/as fuera de casa ⌊_⌊_⌋ 211c. Total hijos/as nacidos vivos/as que murieron ⌊_⌊_⌋ SUMA TOTAL HIJOS/AS NACIDOS/AS VIVOS/AS ⌊_⌊_⌋ **Si la suma total es igual a "00" pase a 524**

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

ENCUESTADOR/A, DIGA A LA MUJER: Ahora quisiera hacer una lista de los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido, estén vivos o hayan muerto. Empecemos por el menor.

- **REGISTRE EL NOMBRE DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS EN LA PRIMERA COLUMNA, EMPIECE POR EL MENOR EN FILA 01 Y CONTINÚE EN ORDEN DE NACIMIENTO (DE MENOR A MAYOR).**
- **LOS DATOS DE NACIMIENTOS VIVOS MÚLTIPLES (GEMELOS, TRILLIZOS, ETC.) REGÍSTRELOS EN FILAS SEPARADAS Y ÚNALOS CON UNA LLAVE.**
- **EN COLUMNA f., REGISTRE DÍAS SI LA EDAD ES MENOR DE 1 MES; REGISTRE MESES SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR DE UN MES Y MENOR A DOS AÑOS; REGISTRE EN AÑOS SI LA EDAD ES IGUAL O MAYOR A DOS AÑOS..**

NÚMERO DE REGISTROS: ☐☐

218. ¿Qué nombre le puso?	COD. PER. FORM. 1	a. ¿Hombre o mujer?	b. ¿En qué fecha nació?	c. ¿Esta vivo (a)?	d. ¿Qué edad tiene en años cumplidos? ANOTE MESES SI ES MENOR DE 5 AÑOS	e. ¿En qué mes y año murió?	f. ¿Qué edad tenía cuando murió?
01 _____ ÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
02 _____ PENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
03 _____ ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
04 _____ CUARTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
05 _____ QUINTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
06 _____ SEXTO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
07 _____ SÉPTIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
08 _____ OCTAVO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
09 _____ NOVENO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS
10 _____ DÉCIMO ANTERIOR	☐☐	Hombre 1 Mujer 2	☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	SÍ.... 1 SIG. COL. NO.. 2 PASE e	☐☐ AÑOS ☐☐ MESES PASE SIG. HIJO/A	☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO	☐☐ DÍAS ☐☐ MESES ☐☐ AÑOS

SECCIÓN II. HISTORIA DE EMBARAZOS Y NACIMIENTOS

219	**¿Después de alguno de sus partos, sintió tristeza?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.222
220	**¿Fue:**	Poca tristeza?..... 1 Mucha tristeza?..... 2
221	**¿Durante cuánto tiempo se sintió triste?**	Menos de 3 meses..... 1 3 meses ..... 2 6 meses ..... 3 1año o más ..... 4 No sabe/ no responde..... 88

SECCIÓN II. PARTE A. SESIONES DEMOSTRATIVAS Y VISITAS DOMICILIARIAS (CONSEJERÍA NUTRICIONAL)

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y VERIFIQUE SI EXISTE UN NIÑO/A NACIDO VIVO A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2017

222	**VERIFIQUE PREG. 218:** **AL MENOS UNA NIÑA O NIÑO VIVA(O), MENOR DE 1 AÑO?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG.300
223	**¿En los últimos 12 meses, ¿Usted participo junto con otras madres en reuniones o sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria de su niña/niño del personal de salud o de otras instituciones?** **Sesión demostrativa:** *es una reunión donde el personal del Ministerio de Salud, o de otras instituciones enseña y prepara con las mamás, papilla y comidas nutritivas para sus niñas y niños menores de 3 años.*	Sí ..... 1 No..... 2 No sabe/ no responde ..... 88 } PASE a PREG.300
224	**En los últimos 12 meses, ¿A cuántas reuniones o sesiones demostrativas acudió?**	Número de sesiones demostrativas..... ☐☐

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

A. INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

300	**VEA EN PREG. 218, PÁGINA 3. SI EL ÚLTIMO NACIDO VIVO OCURRIÓ A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2015**	Antes de diciembre de 2015..... 1 → **PASE A PREG. 400** A partir de diciembre de 2015..... 2
301	**SEÑOR ENCUESTADOR: Registre el código y nombre del último nacido vivo**	COD. ☐☐ Nombre: _____
302	**¿Al nacer (...) su último hijo/a le dio el seno?** **POR LO MENOS UNA VEZ**	Si..... 1 → **PASE A PREG. 304** No..... 2
303	**¿Por qué no amamantó a (...)?**	Porque le hicieron una cesárea..... 1 Porque estaba muy enferma..... 2 Porque **(...)** nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días..... 3 Porque después que nació lo llevaron por varias horas, cuando regresó ya no quería coger el seno 4 Porque no tuvo leche..... 5 Otra, cuál _____ 6 Especifique
303a	**Aunque (...) no haya sido amamantado al nacer por usted, ¿recibió leche materna de otra madre, del banco de leche, extraída o de otra forma?**	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88 } **PASE A PREG. 305**
304	**¿A qué tiempo después del nacimiento (...) empezó a mamar, lactar o recibir leche materna:**	Inmediatamente después de nacido (después del parto)?..... 1 Menos de una hora?..... 2 Entre una hora y menos de 24 horas?..... 3 Más de un día?..... 4

B: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

305	**¿Fue alimentado (...) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2
306	**En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio/dieron algo de beber, aparte de su pecho?**	Si..... 1 No..... 2 → **PASE A PREG. 309**

C: LACTANCIA MATERNA CONTINUA

307	**¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) <u>solamente pecho</u>, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?**	Meses ☐☐ Días ☐☐ Nunca le dio solamente pecho..... 1 Todavía le está dando solamente pecho..... 2 No recuerda..... 3
308	**¿(...) tomó leche materna, en el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2
309	**¿Le dio el pecho a (...) cada vez que le pidió, o a libre demanda desde que nació?**	Si..... 1 No..... 2

D: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

310	**¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna durante el día y/o la noche de ayer?**	Si..... 1 No..... 2 → **PASE A PREG. 312**

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

311. ¿(...) consumió durante el día y/o la noche de ayer alguno de los siguientes líquidos: (lea los ítems de la lista de uno en uno), por favor avíseme:	SI	NO	NO SABE	¿CUANTAS VECES CONSUMIÓ EL DÍA DE AYER ESTOS LÍQUIDOS?
a. Agua pura?	1	2	88	
b. Leche de fórmula como por ejemplo NAN (industrializada producida para niños)?	1	2	88	
c. Leche en polvo (en tarro o en funda), o fresca de vaca?	1	2	88	
d. Jugos naturales hechos en casa?	1	2	88	
e. Sopa?	1	2	88	
f. Yogurt (bebible)?	1	2	88	
g. Colada?	1	2	88	
h. Otro líquido Ej: bolos, gelatina, gaseosa, fresco solo, tampico?	1	2	88	
i. Agua aromática?	1	2	88	
j. Cualquier otro líquido?_____ Especifique	1	2	88	

312	**¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, durante el día y/o la noche de ayer?**	Si.....1 No.....2 → **PASE A PREG. 314**

PARA EL ENCUESTADOR

La siguiente pregunta indaga el consumo de alimentos de acuerdo al grupo al que pertenecen.

a) Piense en el momento cuando **(...)** se despertó ayer. Que comió en ese momento. Si comió algo, por favor dígame todo lo que comió. Pregunte nuevamente algo más? (hasta que responda todo lo que haya comido).

b) Luego siga preguntando que comió **(...)** después. Dígame todo lo que comió durante el día. Pregunte ¿algo más?, hasta que diga "Nada más

c) Si responde que comió algún plato como sopa o puré con algo más, pregunte qué ingredientes tuvo. Pregunte, algo más? Hasta que diga nada más.

Si el alimento no está en ninguno de los grupos, escriba el nombre en la casilla que dice "otros alimentos". Si el alimento es utilizado como condimento, póngalo en la categoría de "condimentos".

Cuando termina de recordar las respuestas, lea cada uno de los grupos de alimentos en los que NO MARCÓ y registre lo que responda la informante.

No deje ningún grupo de alimentos en blanco

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

Recuerde desde el momento cuando (…) se despertó. (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

313. ¿Que comió (…) todo el día de ayer:	SI	NO	NO SABE
a. Colada espesa de harina de trigo o cebada, pan, arroz, fideos u otro alimento?	1	2	88
b. Colada espesa hecha de granos?	1	2	88
c. Zapallo, zanahoria, pepino, camote (amarillo por dentro)?	1	2	88
d. Papa, yuca, camote blanco, zanahoria blanca?	1	2	88
e. Cualquier vegetal de hojas verdes?	1	2	88
f. Mango maduro, papaya madura?	1	2	88
g. Cualquier otra fruta o vegetal?	1	2	88
h. Hígado, riñón, corazón y otros órganos?	1	2	88
i. Cualquier tipo de carne, de vaca, chancho/cerdo, borrego, chivo, pollo o pato?	1	2	88
j. Huevos?	1	2	88
k. Pescado seco, fresco o mariscos?	1	2	88
l. Cualquier alimento hecho de fréjol, arveja, lenteja, nueces, semillas?	1	2	88
m. Queso, yogurt u otro producto lácteo?	1	2	88
n. Cualquier aceite o grasa, mantequilla o un alimento hecho con estos productos?	1	2	88
o. Cualquier alimento dulce como chocolate, caramelos, dulces, pastas, cakes, galletas de dulce?	1	2	88
p. Condimentos por sabor como ají, ajo especias?	1	2	88
q. Alimentos hechos con aceite de palma, nueces o cocos de palma o pulpa o salsa de palma?	1	2	88
r. Alimentos procesados de sal (compota de sal)?	1	2	88
s. Alimentos procesados de dulce (compotas o jugos)?	1	2	88
t. Escriba los <u>otros alimentos</u> que la entrevistada índica y que no consta en el cuadro:	1	2	88

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

CHEQUEE LAS RESPUESTAS DE TODAS LAS CATEGORÍAS.
Si todo es NO <u>pase a pregunta 314</u>
Si al menos una es SI <u>pase a la pregunta 315</u>

314	**Señora le voy a volver a preguntar: ¿Comió (…) cualquier alimento sólido, semisólido (colada) o suave, durante el día y/o la noche de ayer?**
315	**¿Cuántas veces (…) comió el alimento sólido, semisólido o suave que no haya sido líquido durante el día y/o la noche de ayer?**

Si…… 1 → **PREGUNTE QUÉ TIPO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES COMIÓ (…) Y REGISTRE EN LA PREGUNTA 313**

No…… 2
No sabe/no responde……88
PASE A PREG. 316

a. Número de veces…… ☐☐
No sabe/no responde…… 88

SECCIÓN III. LACTANCIA MATERNA (NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS)

316	**¿Le agregó AZÚCAR, PANELA O MIEL a algunos de los alimentos ó bebidas que (…) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2
317	**¿Le agregó SAL a algunos de los alimentos ó bebidas que (…) comió o bebió el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2
318	**¿Tomó (…) algún líquido en biberón, durante el día y/o la noche de ayer?**	Si……1 No……2 → PASE A PREG. 320
319	**¿Cuántos biberones le dio a (…) el día y/o la noche de ayer?** ESCRIBA EL NÚMERO DE BIBERONES QUE LE RESPONDA LA MADRE	**¿Cuántos?** ☐☐
320	**¿Cuál de estos líquidos tomó primero (…) regularmente:** ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL LÍQUIDO QUE DIGA LA MADRE, UNA SOLA ALTERNATIVA	Agua simple?……1 Leche de fórmula?……2 Leche entera de funda o en polvo?……3 Agua aromática?……4 Otros líquidos: bebidas, jugos naturales gaseosas, bolos, gelatina, fresco solo, tampico, etc.?……5 **Ninguno…… 6** **PASE A PREG. 322**
321	**¿A qué edad (…) comenzó a tomarlo?** ESCRIBA LA EDAD EN MESES Y/O DÍAS	**Meses** ☐☐ **Días** ☐☐
322	**Por favor cuénteme ¿recibió (…) al menos dos tomas de leche artificial, leche de vaca, u otra leche animal el día y/o noche de ayer?**	Si……1 No……2
323	**¿Usted está o estaba trabajando como empleado público o privado cuando (…) tenía menos de un año de edad?**	Si……1 No……2 → PASE A PREG. 400
324	**¿En su trabajo respetan o respetaban el permiso de lactancia? (2 horas diarias durante un año)**	Si…… 1 No…… 2 A veces…… 3
325	**¿En su trabajo respetan o respetaban la licencia de maternidad? (3 meses después del parto)**	Si…… 1 No…… 2 A veces…… 3

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, VEA PREGUNTA 218, SECCIÓN II Y REGISTRE EN PREGUNTAS 400, 401 y 402 EL CÓDIGO PERS, NOMBRE Y ESTADO DE SOBREVIVENCIA DE CADA UNO DE LOS NACIDOS VIVOS A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013, AUNQUE NO ESTÉN VIVOS ACTUALMENTE

NÚMERO DE REGISTROS: ☐ | **REALICE LAS PREGUNTAS EN FORMA VERTICAL POR CADA HIJO(A)**

A. IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
400. Código Pers. del niño/niña	☐☐	☐☐	☐☐
401. Nombre	_____	_____	_____
402. ¿Está vivo (...)?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
403. En la época en la que quedó embarazada de (...), quería Usted:	Tener ese hijo?..... 1 → PASE a PREG. 405 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar mas tiempo?..... 2 No quería más hijos?... 3 No quería tener hijos?... 4 → PASE a PREG. 405
404. ¿Cuánto tiempo más hubiera querido esperar para el embarazo de (...)?	Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ No sabe 88		
405. ¿Quería su pareja:	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo? ..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo?..... 2 No quería más hijos?..... 3 No quería tener hijos?..... 4	Tener ese hijo?..... 1 Quería esperar más tiempo?..... 2 No quería más hijos? ..... 3 No quería tener hijos?..... 4

B. CONTROL PRENATAL

406. ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de (...)?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 422
407. ¿Dónde se hizo el control con mayor frecuencia? Establecimientos de Salud del MSP... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?..... 10 No recuerda 77	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 10
408.¿Durante el embarazo de (...) consumió: Hierro?..... 1 Ácido fólico?..... 2 Hierro más ácido fólico?... 3 Ninguno _____ 4 → PASE a PREG. 410	☐☐ Código	☐☐ Código	☐☐ Código

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
409. ¿Con qué frecuencia tomaba los micronutrientes? Diaria..... 1 Pasando un día..... 2 Pasando dos días..... 3 Otra, cuál? _____ 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4	☐☐ Código _____ Especifique Solo código 4
410. ¿Durante el embarazo le pesaron?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
411. ¿Durante el embarazo le midieron la barriga?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
412. ¿Durante el embarazo le hicieron un examen de VIH?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88 **Cuántos?** ☐ ←
413. ¿Durante el embarazo ¿le tomaron la presión?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
414. ¿Durante el embarazo ¿hicieron un examen de sangre?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
415. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de orina?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
416. ¿Durante el embarazo ¿le hicieron un examen de sífilis?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
417. ¿Durante el embarazo ¿le vacunaron contra el tétanos?	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**	Sí ..... 1 No ..... 2 NS/NR.....88 } **PASE a PREG. 419**
418. ¿Cuántas veces le vacunaron contra el tétanos?	**Cuántos?** ☐☐	**Cuántos?** ☐☐	**Cuántos?** ☐☐

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
419. ¿Durante el control del embarazo, recibió consejería o asesoría sobre:	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**
A. Lactancia materna?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes (hierro, ácido fólico)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Signos de alarma del embarazo (sangrado vaginal, falta de movimiento de bebe, dolor de cabeza/ cadera)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. El apego inmediato, lactancia en la primera hora de vida y el corte oportuno del cordón umbilical?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
420. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	Semanas ___			Semanas ___			Semanas ___		
421. En total, ¿cuántos controles tuvo antes del parto?	No. de controles ___ PASE a PREG. 423			No. de controles ___ PASE a PREG. 423			No. de controles ___ PASE a PREG. 423		
422. Antes de este embarazo, ¿Le vacunaron a usted contra el tétanos (para proteger al niño/a de convulsiones después de nacer)?	Si 1 No 2 No Responde 88			Si 1 No 2 No Responde 88			Si 1 No 2 No Responde 88		

C. ATENCIÓN DEL PARTO

	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
423. ¿En qué lugar tuvo el parto de (...)? Establecimientos de Salud del MSP....1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS...2 Seguro Social Campesino ....3 Hospital FF.AA/ Policía....4 Junta de Beneficencia*....5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud....6 Fundación/ ONG**....7 Clínica/consultorio privado....8 En casa ....9 Otro, cuál?....10	Código ___ Especifique Solo código 10	Código ___ Especifique Solo código 10	Código ___ Especifique Solo código 10
424. ¿Qué persona ó profesional le atendió?	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88	Médico....1 Obstetriz....2 Enfermera....3 Aux. Enfermería....4 Comadrona o partera....5 Familiar....6 Usted misma....7 Otro, cuál?___ 8 No sabe....88
425. El parto de (...) fue:	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2	Normal (vaginal)....1 Cesárea....2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
D. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO			
426 . ¿El nacimiento de (...) fue a los 9 meses o antes de tiempo (prematuro, sietemesino o posmaduro)?	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428	A tiempo ..... 1 → PASE a PREG. 428 Prematuro ..... 2 Posmaduro ..... 3 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 428
427. ¿Cuántas semanas antes o después de lo esperado nació (...)?	Semanas ..... ___ No recuerda 77	Semanas ..... ___ No recuerda 77	Semanas ..... ___ No recuerda 77
428. ¿Le pesaron a (...) en el momento de nacer o en los primeros 7 días?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
429. ¿Le Realizaron a (...) La prueba del Tamizaje Neonatal (pinchada del talón al cuarto día de nacido)?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
430. ¿Le bañaron a (...) antes de cumplir 24 horas de su nacimiento?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
431. ¿Esperaron al menos un minuto para realizar el corte del cordón umbilical?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
432. ¿Tiene usted el carné de salud infantil o libreta integral de (...)?	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437	Si ..... 1 No ..... 2 Si le entregaron, pero se perdió ... 3 → PASE a PREG. 437
Encuestador/a: solicite el carne del nacido vivo o libreta de atención integral y transcriba el dato, Preg. 433 a 436			
433. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PUNTOS EN LA CURVA DE CRECIMIENTO:	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___ ¿Cuántos? No ..... 2 → Sig. Ítem
434. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA: TALLA AL NACER	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem
435. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA PERÍMETRO CEFÁLICO AL NACER	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem	Si ..... 1 → ___,__ cm No ..... 2 → Sig. Ítem
436. ENCUESTADOR/A OBSERVE SI EL CARNÉ REGISTRA:PESO AL NACER	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2	Si ..... 1 → ____ gramos → Pase a preg. 439 No 2

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR)HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
437. ¿Cuánto pesó (...)?	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88	1 Libras Onzas 2 Kilos Gramos 3 Gramos → PASE a PREG. 439 No sabe.....88
438. ¿(...) Peso menos de 5.5 Libras, 2.5 Kilogramos o 2500 gramos?	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88	Si..... 1 No..... 2 No sabe.....88
439. En comparación con otros niños recién nacidos, ¿cómo considera que era el tamaño de (...) cuando nació?	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88	Muy pequeño..... 1 Pequeño..... 2 Igual..... 3 Más grande..... 4 No sabe.....88
E. CONTROL POST PARTO			
440. ¿Tuvo usted algún control después del parto de (...)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 443
441. ¿Cuánto tiempo después del parto de (...) tuvo su primer control post parto?	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐	Días .....1 ☐☐ Semanas .....2 ☐☐ Meses .....3 ☐☐
442. ¿Dónde tuvo el control de post parto? Establecimientos de Salud del MSP .... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?..... 10 No recuerda 77	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10	Código ☐☐ _____ Especifique Solo código 10
443. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) le volvió su regla ?	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le ha vuelto aún 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le vuelto aún 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No le vuelto aún 63
444. ¿A los cuántos meses después del nacimiento de (...) volvió a tener relaciones sexuales ?	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63	Meses..... ☐☐ En el mismo mes..... 62 No ha vuelto a tener 63

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
F. CONTROL DEL NIÑO			
445. ¿(...) fue inscrito en el Registro Civil?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
446. ¿Está vivo (...)?	Si ..... 1 → PASE a PREG.448 No 2	Si ..... 1 → PASE a PREG. 448 No 2	Si ..... 1 → PASE a PREG. 448 No 2
447. ¿Fue inscrito el fallecimiento de (...) en el Registro Civil?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
448. ¿Después de que nació (...), le llevó para control médico?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 454
449. ¿Qué tiempo después de nacido (...), le llevó al control médico por primera vez?	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77	Días ..... 1 __ Semanas ..... 2 __ Meses ..... 3 __ No recuerda 77
450. ¿Porqué o para qué le llevó a (...):	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77	¿Estaba enfermo? ..... 1 ¿Para control niño sano? ..... 2 No recuerda 77
451. ¿Después de su nacimiento a cuántos *controles del niño sano* llevó a (...), cuando tenía:	Nro. Controles ¿De 0 a menos de 1 año? ..... 1 __ ¿De 1 año a menos de 2 años? ..... 2 __ ¿De 2 años a menos de 5 años ..... 3 __		

451a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
1	1	2	__	__	____	9	1	2	__	__	____
2	1	2	__	__	____	10	1	2	__	__	____
3	1	2	__	__	____	11	1	2	__	__	____
4	1	2	__	__	____	12	1	2	__	__	____
5	1	2	__	__	____	13	1	2	__	__	____
6	1	2	__	__	____	14	1	2	__	__	____
7	1	2	__	__	____	15	1	2	__	__	____
8	1	2	__	__	____	16	1	2	__	__	____

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

451 a. FECHA DE LOS CONTROLES DEL NIÑO SANO DEL ÚLTIMO NACIDO VIVO (información tomada del Carné)

CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO	CONTROLES	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
17	1	2				21	1	2			
18	1	2				22	1	2			
19	1	2				23	1	2			
20	1	2				24	1	2			

PREGUNTAS	1	2	3
	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	TERCERO ANTERIOR
452. ¿A qué establecimiento o proveedor de salud llevó a (...)? Establecimientos de salud MSP ..... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ..... 3 Hospital FF.AA/Policía..... 4 Junta de Beneficencia *..... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 6 Fundación/ ONG**..... 7 Clínica/Consultorio privado ..... 8 Partera ..... 9 Otro, cuál?.....10 No recuerda 77	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10

453. ¿Durante el control del niño, recibió consejería/asesoría sobre:	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
A. Lactancia materna?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Uso de micronutrientes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Alimentación complementaria?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Higiene en preparación de alimentos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Lavado de manos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Desarrollo del niño?	1	2	88	1	2	88	1	2	88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
454. ¿Hasta que edad le dio el seno (leche materna) a (...)?	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77	Años ..... 1 ⌊__⌋ Meses ..... 2 ⌊__⌋ Días ..... 3 ⌊__⌋ Todavía le da ..... 4 No recuerda 77
455. SEÑOR ENCUESTADOR: VEA PREGUNTA 403 ¿Está vivo?	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Pase a preg. 500
456. ¿Vive (...), con usted actualmente?	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Siguiente niño	Si ..... 1 No ..... 2 → Pase a preg. 500
G. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)			
457. ¿Ha tenido diarrea (...) en las últimas dos semanas (incluyendo este día)?	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473	Si ..... 1 No ..... 2 No sabe ..... 88 → Pase a preg. 473
458. ¿Cuántos días le dura/ó (...) la diarrea?	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00	Días ..... ⌊__⌋ Menos de un día = 00
459. ¿Todavía (...) tiene diarrea?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
460. Mientras (...) tuvo la diarrea, el día que más hizo, ¿cuántas veces fueron?	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88	N° de veces ..... ⌊__⌋ No sabe/ NR 88
461. ¿La diarrea tenía sangre?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2

462. En los días que tuvo diarrea (...): **(LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)**	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
	SI	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablar	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Bebía agua u otros líquidos con mucha sed	1 PASE a E	2	88	1 PASE a E	2	88	1 PASE a E	2	88
C. Estuvo desganado para mamar, beber agua y otros líquidos.	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Le ofrecía líquidos de beber y no bebía nada?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Tenía los ojos hundidos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
463. ¿Hizo algo para aliviarle?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468			Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468			Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 468		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
464. Para el tratamiento de la diarrea de (…), ¿Le dío: (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR	SI	NO	NO SABE/ NR
A. Purgantes?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. Medicinas de plantas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. Suero casero?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. Otros remedios caseros?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. Sales de rehidratación o suero oral?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. Le pusieron suero en las venas?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. Antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. Antidiarreicos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
I. Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
J. Recibió otros tratamientos, cuál?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
	↳ Especifique			↳ Especifique			↳ Especifique		

G. Antibióticos: Ampicilina, eritromicina, tetraciclina, amoxicilina, trimetropin-sulfa, cefalosporina, etc
H. Antidiarreicos: Kaopectate, Caolinpectina, imodium, etc.
* otros: 6-copin, enterogermina, floratil, sal-andrews, etc

	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
465. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (diarrea) de (…)?	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468	Si..... 1 No..... 2 → PASE a PREG. 468
466. ¿Dónde o a quién consulto primero? Establecimientos de salud del MSP ... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino ... 3 Hospital FF.AA / Policía ... 4 Junta de Beneficencia * ... 5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud ... 6 Fundación/ ONG** ... 7 Clínica/Consultorio privado ... 8 Curandero ... 9 Farmacia/Botica ... 10 Otro, cuál? ... 11	Código Especifique Solo código 11	Código Especifique Solo código 11	Código Especifique Solo código 11
467. ENCUESTADOR/A VEA la preg. 464 y verifique si una de las alternativas de respuesta fue código 1. Si es así pase a la preg. 469	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2	Si..... 1 → PASE a PREG. 469 No..... 2

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
468. ¿Por qué no hizo nada para aliviarle? No lo considero necesario..... 1 Demasiado lejos..... 2 Servicios malos..... 3 Por descuido..... 4 Falta de dinero..... 5 Demasiado ocupada..... 6 Falta de transporte..... 7 Nadie podia cuidar a los hijos. 8 Marido/parientes no le permitieron..... 9 Otro, cuál?..... 10 No sabe/ no responde..... 88 PASE a PREG. 470	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10	Código Especifique Solo código 10
469. ¿Le atendió (vio) un médico una enfermera o una auxiliar de enfermería?	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2	Si..... 1 No..... 2
470. Durante la diarrea, ¿le dió de tomar:	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88	Más líquidos?..... 1 Menos líquidos?..... 2 La misma cantidad de líquidos que le da normalmente?..... 3 No sabe/NR..... 88
471. Durante la diarrea, ¿cambio el tipo de dieta?	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88	Si..... 1 No..... 2 No sabe..... 88
472. Durante la diarrea, ¿la cantidad de comida (alimentos sólidos) que normalmente le da:	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88	La aumento? ..... 1 La disminuyó? ..... 2 La mantuvo igual? ..... 3 Todavía no come? ..... 4 No sabe..... 88
H. INFECCIÓN RESPIRATORIO AGUDA (IRA)			
473. ¿En las últimas dos semanas ha tenido (...),tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta, fiebre y/o gripe (incluyendo este dia)?	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482	Si..... 1 No..... 2→ PASE a PREG. 482
474. ¿Cuántos días estuvo enfermo?	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88	N° de días ..... ⌊⌊⌋⌋ Menos de un día /comenzó hoy =00 → PASE a PREG. 478 Mas de un mes = 66 No sabe = 88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO			2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO			3 TERCERO ANTERIOR		
475. ¿Todavía tiene esta enfermedad?	Si ..... 1 No 2			Si ..... 1 No 2			Si ..... 1 No 2		
476. (...): (LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. ¿Estaba desganado para mamar, beber agua u otros líquidos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Pasaba con mucho sueño o no respondía al hablarle?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dieron ataques?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Vomitaba todo?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Se le hundía el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Hacía ruido al respirar?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Estuvo cansado(a) (respiración rápida)?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
H. ¿Le silbaba o le roncaba el pecho?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
477. Durante esta enfermedad: **(LEA UNA A UNA LAS ALTERNATIVAS)**	**SI**	**NO**	**NS/NR**	**SI**	**NO**	**NS/ NR**	**SI**	**NO**	**NO SABE/ NR**
A. ¿Le puso gotas de agua tibia (de manzanilla u otras) en la nariz?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
B. ¿Le dio algún remedio para calmar la tos? (jarabe, agua con miel, eucalipto o té de manzanilla)	1	2	88	1	2	88	1	2	88
C. ¿Le dio algún descongestionante?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
D. ¿Le dio antibióticos?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
E. ¿Le dio alguna medicina para bajar la fiebre?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
F. ¿Le hospitalizaron?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
G. ¿Le dio algo más, qué?	1	2	88	1	2	88	1	2	88
Especifique	↳ Especifique			↳ Especifique			↳ Especifique		
478. ¿Consultó con alguien o en algún lugar por esta enfermedad (tos, moquera, dificultad para respirar, dolor de garganta y/o gripe)?	Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 481**			Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 481**			Si ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG.481**		

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
479. ¿Dónde o a quien consultó primero? Establecimientos de Salud del MSP.... 1 Hospital/Clínica/Dispensario del IESS.. 2 Seguro Social Campesino .....3 Hospital FF.AA/ Policía.....4 Junta de Beneficencia *.....5 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud.....6 Fundación/ ONG**.....7 Clínica/Consultorio privado .....8 Curandero.....9 Farmacia/Botica.....10 Otro, cuál?.....11	___ Código _____ Especifique Solo código 11	___ Código _____ Especifique Solo código 11	___ Código _____ Especifique Solo código 11
480. ENCUESTADOR/A VEA en PREG. 477. Si marcó al menos un código "1"	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2	Marcó código "01".....1 → PASE a PREG. 482 Marcó solo código "02".....2
481. ¿Por qué no le dio, consultó o no hizo nada para curarlo(a)? No lo consideró necesario / no era grave..... 1 No tenía remedio(s) para darle.... 2 No tuvo tiempo / demasiado ocupada..... 3 Mala atención..... 4 Servicios malos ..... 5 Por descuido..... 6 Falta de dinero..... 7 Por la distancia / falta de transporte ..... 8 Nadie podía cuidar los niños..... 9 Otro, cuál? .....10 No sabe/no responde.....88	___ Código _____ Especifique Solo código 10	___ Código _____ Especifique Solo código 10	___ Código _____ Especifique Solo código 10
I. DESPARASITACIÓN Y MICRONUTRIENTES			
482. ¿Le dio a (...) algún desparasitante durante los últimos 6 meses?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2
483. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud, hierro en polvo como micronutrientes (chispas) para prevenir la anemia?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 485

SECCIÓN IV. SALUD EN LA NIÑEZ (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)

PREGUNTAS	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO	2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO	3 TERCERO ANTERIOR
484. ¿Qué cantidad de sobres recibió? ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días?	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*	Cantidad de sobres recibidos ___ ¿Cuántos días? ___ *SI N/S REGISTRE 998 Y EN DÍAS 88*
485. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal de salud hierro en alguna otra presentación para prevenir la anemia?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 486
485a. ¿En que presentación?	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2	Jarabe..... 1 Gotas..... 2
485b. ¿Cuántos días consumió en los últimos 7 días?	días ___	días ___	días ___
486. En los últimos 12 meses, (...) Recibió del personal salud Vitamina A?	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2	Si ..... 1 No 2

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A:

TRASLADE CON ESPECIAL CUIDADO LA INFORMACIÓN DEL CARNÉ O LIBRETA INTEGRAL DE SALUD ANOTADA PARA CADA VACUNA Y DOSIS: LA QUE ESTÁ ESCRITA CON ESFEROGRÁFICO ES LA QUE DEBE REGISTRAR COMO POSITIVA "SI", LA FECHA QUE ESTÁ CON LÁPIZ ES LA PRÓXIMA CITA, NO LA REGISTRE.

487. CUANDO LA MADRE NO TENGA O NO MUESTRE EL CARNÉ, PREGUNTE: *¿LE HAN PUESTO LA (NOMBRE DE LA VACUNA / DOSIS) A (NOMBRE)?*. COMPLETE LOS DATOS, MARCANDO LOS CÓDIGOS RESPECTIVOS EN LAS COLUMNAS SEGÚN MADRE.

NOMBRE DE LA VACUNA	1 ÚLTIMO NACIDO VIVO								2 PENÚLTIMO NACIDO VIVO								3 TERCERO ANTERIOR							
	A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?			A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?			A.¿Según carné, tiene dosis?					B.¿Según madre, tiene dosis?		
	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S	Si	No	DD	MM	AA	Si	No	N/S
BCG	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
HEPATITIS B	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
ROTAVIRUS 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
ROTAVIRUS 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
PENTAVALENTE 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
IPV 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
OPV 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
OPV 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
NEUMOCOCO CJ 3	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
SRP 1	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88
SRP 2	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88	1	2	__	__	__	1	2	88

J. INMUNIZACIONES

ENCUESTADOR/A: REVISE LA PREGUNTA 487 Y SI EL NIÑO/A RECIBIÓ LA DOSIS DE ALGUNA VACUNA (DEL CARNET O MADRE), PREGUNTE EN QUE ESTABLECIMIENTO DE SALUD LE VACUNARON; CASO CONTRARIO SI AÚN NO LA RECIBE ASIGNE EL CÓDIGO 99 Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE VACUNA :

487 A. (...) Recibió la (VACUNA) en el:

NOMBRE DE LA VACUNA	**1** **ÚLTIMO NACIDO VIVO**	**2** **PENÚLTIMO NACIDO VIVO**	**3** **TERCERO ANTERIOR**
	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99	Establecimientos de salud del MSP....1 Hospital de Especialidades del IESS. 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/ Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud..... 9 Fundación / ONG** ..... 10 Otro, cuál?_____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88 Aún no la recibe..... 99
BCG			
HEPATITIS B			
ROTAVIRUS 1			
ROTAVIRUS 2			
PENTAVALENTE 1			
PENTAVALENTE 2			
PENTAVALENTE 3			
IPV 1			
OPV 2			
OPV 3			
NEUMOCOCO CJ 1			
NEUMOCOCO CJ 2			
NEUMOCOCO CJ 3			
SRP 1			
SRP 2			

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

500	**ENCUESTADOR/A: LA FECHA DE NACIMIENTO DEL ÚLTIMO HIJO/A NACIDO/A VIVO/A (VEA EN PREG. 218 SECCIÓN II) ES A PARTIR DE DICIEMBRE DEL 2013?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 524
501	**ENCUESTADOR/A: VEA LA PREGUNTA 423 Y REGISTRE EL ESTABLECIMIENTO DÓNDE DIO A LUZ A SU ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO/A.**	Establecimiento de Salud MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Junta de Beneficencia* ..... 7 Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud..... 8 Fundación / ONG**..... 9 En casa ..... 10 → PASE a PREG. 508 Otra, cuál?..... 11 → PASE a PREG. 516 *Especifique*
502	**¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud?** *(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)* **NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.**	Factores económicos ..... 1 Confianza en el personal del establecimiento..... 2 Atención buena, personal pendiente ..... 3 Por emergencia ..... 4 Establecimiento estaba cerca ..... 5 Más seguro en caso de complicación ..... 6 Personal capacitado, profesional ..... 7 Es afiliada o cubierta ..... 8 Tiene seguro privado ..... 9 Otro, cuál?..... 10 *Especifique*
503	**¿Durante el parto le hicieron un examen de VIH?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde..... 88

Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de la atención que usted recibió en el parto normal, cesárea o aborto en ese establecimiento de salud. Para cada pregunta favor indique si la atención fue buena, regular o mala.

504. ¿Cómo le pareció a usted:	Parto normal o cesárea (ver pregunta 425)				Aborto (ver pregunta 216)			
	Buena	Regular	Mala	NS/NR	Buena	Regular	Mala	NS/NR
a. El trato que recibió del personal de salud que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
b. La experiencia/conocimiento de la persona que le atendió?	1	2	3	88	1	2	3	88
c. La disponibilidad del médico, enfermera u otro personal, cuando usted lo necesitaba?	1	2	3	88	1	2	3	88
d. La privacidad durante su atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
e. La comodidad del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
f. El tiempo que tardaron en atenderla?	1	2	3	88	1	2	3	88
g. El horario de atención?	1	2	3	88	1	2	3	88
h. La limpieza/aseo del establecimiento?	1	2	3	88	1	2	3	88
i. La ropa/vestimenta utilizada en el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88
j. La información que le dio el personal de salud sobre su salud o la de su bebé?	1	2	3	88	1	2	3	88
k. El respeto a su cultura y costumbres relacionadas con el parto?	1	2	3	88	1	2	3	88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

505 **Cuando usted fue atendida, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto dentro o fuera del establecimiento de salud?**

(Incluidos lo pagado por otras personas si ese fuera el caso)

- Sí 1
- No tuve que pagar, pero compre medicamentos, pañales, otros insumos, etc. 2
- No pagó nada 3
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 507

506 **¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

507 **Cuando usted dio a luz a (...) en ese establecimiento de salud, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendida:**

- Mucho tiempo? 1
- Ni mucho, ni poco tiempo? 2
- Poco tiempo? 3
- Le atendieron inmediatamente? 4
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 511

508 **¿Por qué razón o razones dio a luz a (...) en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

NO ACEPTE RESPUESTAS COMO: ES BUENO, ES MALO, ETC.

- Por cultura/costumbre 1
- Factores económicos 2
- Establecimiento queda lejos 3
- No confía en el establecimiento 4
- Falta de transporte 5
- No tuvo tiempo para llegar al establecimiento 6
- Más seguridad, confianza en la casa 7
- Otra, cuál? _____ 8
  Especifique

509 **Cuando dio a luz a (...) en la casa, ¿Tuvo que hacer algún pago o gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 511

510 **¿Usted estuvo conforme con ese pago/gasto?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

511 **¿Quién participó en la decisión de dar a luz a (...) en el establecimiento de salud o en la casa?**

(ADMITE MÁS DE UNA RESPUESTA)

No lea, espere la respuesta espontánea

- Nadie/costumbre 1
- Usted 2
- Esposo/conviviente/pareja 3
- Juntos (usted con su esposo/conviviente/ pareja) 4
- Madre/padre 5
- Suegra/suegro 6
- Otro familiar 7
- Personal de salud (Médico/enfermera/obstetriz) 8
- Partera/comadrona 9
- Otros prestadores tradicionales (yachac/ shaman/curandero,etc) 10
- Otro, cuál? _____ 11
  Especifique
- No sabe/ no responde 88

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

512 **¿Si usted volviera a embarazarse, en dónde daría a luz?**

Casa 1
Establecimiento de Salud 2
No sabe/ no responde 88

513 **A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

Durante el embarazo de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. Hinchazón de manos, pies o cara?	1	2	88
b. Desmayos?	1	2	88
c. Dolor de cabeza fuerte y permanente?	1	2	88
d. Convulsiones?	1	2	88
e. Dolores fuertes de barriga?	1	2	88
f. Mareos/Náusea/Vómitos?	1	2	88
g. Fiebre?	1	2	88
h. Preclampsia/Eclampsia? (Producida por la presión arterial alta)	1	2	88
i. Infección de vías urinarias?	1	2	88
j. Sangrado/Hemorragia?	1	2	88
k. Otro, cuál? _____	1		

514 **Encuestador/a: Si en la pregunta 513 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente**

Si.....1
No.....2 → **PASE A PREG.516**

515 **¿A quién o a dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones durante el embarazo?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

Establecimiento de Salud o personal de salud (fuera o dentro de casa) 1
Farmacia/botica 2
Se quedó en casa/remedios caseros 3
Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) 4
Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5
No sabe/ no responde 88

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

516 **A veces durante el parto, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos.**

En el parto de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:

ALTERNATIVAS	SI	NO	NO SABE/ NO RESPONDE
a. La placenta se quedó dentro, no salía?	1	2	88
b. Tuvo dolores/contracciones?	1	2	88
c. Se rompió el agua de fuente un día antes del parto?	1	2	88
d. Mala posición del bebé (atravesado, de hombro, nalgas, pies)?	1	2	88
e. Cadera estrecha?	1	2	88
f. Sangrado abundante?	1	2	88
g. Infección generalizada/ sepsis?	1	2	88
h. El bebé no respiró o no lloró al nacer?	1	2	88
i. Parto gemelar o múltiple (dos o más)?	1	2	88
j. El bebé no se movía?	1	2	88
k. El bebé se tomó el agua de fuente?	1	2	88
l. Cordón envuelto en el cuello del bebé?	1	2	88
m. Otro, cuál?	1		

ENCUESTADOR/A:Vea PREGUNTA 501, EL PARTO FUE:

Institucional ..... 1 → PASE a PREG. 517

En la casa 2

En otro lugar 3

PASE a PREG. 522

517 **¿Recibió consejería o asesoría de los signos de alarma como sangrado vaginal, fiebre alta después del parto?**

Si.....1

No.....2

518 **¿Recibió consejería o asesoría en métodos anticonceptivos antes de salir del establecimiento de salud?**

Si.....1

No.....2 → PASE A PREG.522

519 **¿Se decidió por algún método anticonceptivo?**

Si.....1

No.....2 → PASE A PREG.522

520 **¿Por cuál método se decidió?**

Esterilización femenina o ligadura..... 1

Implante(Implanon, Jadelle)..... 2

Inyección anticonceptiva..... 3

Pastillas anticonceptivas..... 4

Diu/T de cobre..... 5

Condón femenino/masculino..... 6

Otro, ¿cuál?_____ 7
Especifique

NS/NR..... 88

521 **¿Le realizaron o entregaron el método anticonceptivo por el cual se decidió, antes de salir del establecimiento de Salud?**

Si.....1

No..... 2

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

522	**Encuestador/a: Si en la pregunta 516 hay algún "SI" continúe, caso contrario siga el flujo correspondiente**	Si.....1 No.....2 → PASE A PREG.524
523	**¿A quién o dónde recurrió primero cuando se presentó el o los problemas o complicaciones del parto?**	Establecimiento de Salud o personal de salud..... 1 Farmacia/botica ..... 2 Se quedó en casa/remedios caseros..... 3 Personal tradicional (partera, yachac, shaman/ limpiador/curandero) ..... 4 Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5 No sabe/ no responde 88

SALUD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 49 AÑOS

524	**Ahora, hablando de su salud, ¿Alguna vez durante toda su vida le han vacunado contra el tétanos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde ..... 88 → PASE a PREG. .526
525	**¿Cuántas dosis de vacunas antitetánicas le han puesto?**	Una ..... 1 Dos ..... 2 Más de dos ..... 3 No sabe/ no responde 88
526	**¿Ha recibido información sobre el cáncer de útero (matriz)?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe/ no responde 88
527	**¿Se ha hecho alguna vez el examen de Papanicolaou?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 532 No sabe/ no responde ..... 88 → PASE a PREG. 533
528	**¿Conoció el resultado de ese examen?**	Sí ..... 1 No 2
529	**¿Hace cuánto tiempo fue la última vez que se realizó el examen de Papanicolaou?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Días ..... ___ Semanas..... ___ Meses ..... ___ Años ..... ___ No recuerda 77

SECCIÓN V. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

530	**¿Cada qué tiempo se hace el examen de Papanicolau:**	Es la primera vez?..... 1 Cada año? ..... 2 Cada dos años? ..... 3 Cada tres años? ..... 4 Cada cuatro años? ..... 5 Cada cinco años? ..... 6 Cada seis o más años? ..... 7 Otra, ¿cuál?..... 8 Especifique No recuerda 77
531	**¿Dónde se hizo el examen de Papanicolau?**	Establecimiento de Salud MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Junta de Beneficencia* ..... 7 Consejo Provincial /Unidad Municipal de Salud...8 Fundación / ONG**..... 9 Otra, cuál?..... 10 *Especifique* PASE a PREG. 533
532	**¿Cuál es la razón principal por la que no se ha hecho el examen de Papanicolau?**	Falta de Información..... 1 No lo considera necesario..... 2 El establecimiento de salud queda lejos..... 3 Por pena o vergüenza..... 4 Falta de dinero..... 5 No tiene con quien dejar a los niños(as)..... 6 Su pareja se opone..... 7 Por miedo/temor..... 8 Otro, ¿cuál? _____ 9 Especifique No Sabe/ no responde 88
533	**¿Ha oído hablar del cáncer de mama (del seno o de los pechos)?**	Sí ..... 1 No 2
534	**¿Alguna vez alguien del personal de salud le ha examinado los pechos o senos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No recuerda 77
535	**¿Le han enseñado cómo examinarse los pechos o senos usted sola (el autoexamen)?**	Sí ..... 1 No 2
536	**¿Se ha realizado alguna vez una mamografía, radiografía o ecografía de los pechos o senos?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No recuerda 77

** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A, LÉALE A LA ENTREVISTADA: Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre Planificación Familiar, es decir, de las cosas que usan las parejas para evitar que la mujer quede embarazada.LEA LA PREGUNTA 600 SIN LAS CATEGORÍAS Y MARQUE LAS QUE LA INFORMANTE MENCIONE, LUEGO, LEA LA PREGUNTA 601 INCLUYENDO LAS CATEGORÍAS EN FORMA VERTICAL Y LUEGO LAS PREGUNTAS 602 Y 603, EN FORMA HORIZONTAL PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS SEÑALADOS.

MÉTODO	600: ¿Qué métodos de Planificación Familiar o métodos para no tener hijos conoce usted? (NO LEA. ESPERE LA RESPUESTA ESPONTÁNEA)	601: ¿Conoce o ha oído hablar de (...): (LEA LOS MÉTODOS QUE NO MENCIONÓ ESPONTÁNEAMENTE)		602: ¿Alguna vez ha usado (...)? (SI NO HA USADO, PASE A SIGUIENTE MÉTODO)		603: ¿Usa actualmente? (ÚLTIMOS 30 DÍAS)	
	SÍ ESPONTÁNEO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
1. Esterilización masculina o vasectomía?	1	1	2	1	2	1	2
2. Esterilización femenina o ligadura?	1	1	2	1	2	1	2
3. Implante (Implanon, Jadelle)?	1	1	2	1	2	1	2
4. Inyección anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
5. Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre?	1	1	2	1	2	1	2
6. Píldora o pastilla anticonceptiva?	1	1	2	1	2	1	2
7. Condón o preservativo femenino?	1	1	2	1	2	1	2
8. Condón o preservativo masculino?	1	1	2	1	2	1	2
9. Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)?	1	1	2	1	2	1	2
10. Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)?	1	1	2	1	2	1	2
11. Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)?	1	1	2	1	2	1	2
12. Método de lactancia exclusiva – MELA?	1	1	2	1	2	1	2
13. Otro, ¿cuál? _____ (Especifique)	1			1	2	1	2

ENCUESTADOR/A: Si en la pregunta 602-2 la mujer indica que ha usado esterilización femenina (código 1) circular también código 1 en la pregunta 603 (uso actual)

604 **ENCUESTADOR/A: VEA PREGUNTAS 602 Y 603 Y CIRCULE LO CORRESPONDIENTE**

LA ENTREVISTADA ESTÁ USANDO ALGÚN MÉTODO ACTUALMENTE ..... 1 PASE A PREG. 620

LA ENTREVISTADA NUNCA HA USADO MÉTODOS ..... 2 PASE A PREG. 610

LA ENTREVISTADA HA USADO MÉTODOS PERO NO USA ACTUALMENTE .... 3 PASE A PREG. 605

605 **¿Cuál fue el último método que usó (usted o su pareja)?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía..... 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle)..... 3
- Inyección anticonceptiva..... 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6
- Condón o preservativo femenino..... 7
- Condón o preservativo masculino..... 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA..... 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/ no responde..... 88

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

606	**¿Cuál fue el primer método que usted usó?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Esterilización masculina o vasectomía..... 1 Esterilización femenina o ligadura..... 2 Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 Inyección anticonceptiva..... 4 Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5 Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6 Condón o preservativo femenino..... 7 Condón o preservativo masculino..... 8 Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9 Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings)..... 10 Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11 Método de lactancia exclusiva – MELA.....12 Otro, cuál? _____ 13 *Especifique* No sabe/ no responde..... 88
607	**¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**	Edad en años ..... |_|_| No recuerda..... 77
608	**Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**	No. de hijos/hijas nacidos vivos ..... |_|_| **(SI NO TENÍA ANOTE 00)**
609	**¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**	Ambos (usted y su pareja)? ..... 1 Sólo usted? ..... 2 Sólo su pareja? ..... 3 Otra persona? 4
610	**ENCUESTADOR/A: VEA EN PREG. 200, SECCIÓN II SI ESTA EMBARAZADA**	Embarazada ..... 1 → **PASE a PREG. 615** No embarazada ..... 2 No sabe 88
611	**¿Cree usted que puede quedar embarazada?**	Sí ..... 1 → **PASE a PREG. 613** No ..... 2 No sabe ..... 3 → **PASE a PREG. 613**
612	**¿Cuál es la razón principal por la que cree que no puede quedar embarazada?**	Fue operada por razones médicas y no puede tener más hijos ..... 1 Menopausia ..... 2 Ya pasaron 2 años o más de querer embarazarse sin resultado..... 3 → **PASE a PREG. 700** Sin vida sexual ..... 4 Amamantamiento ..... 5 Otro, ¿cuál? _____ 6 *Especifique* → **PASE a PREG. 615**

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

613 **¿Cuál es la razón principal por la que usted no usa un método anticonceptivo para evitar tener hijos/as actualmente:**

- Desea embarazo? 1
- Postparto o Amamantamiento? 2
- Sin vida sexual? 3

→ PASE a PREG. 615

- Por la edad? 4
- No le gusta? 5

→ PASE a PREG. 700

- Miedo a efectos colaterales? 6
- Tuvo efectos colaterales? 7
- La pareja se opone? 8
- Por pena o vergüenza? 9
- Por motivos económicos? 10
- No conoce/No tiene información sobre Métodos anticonceptivos? 11
- Razones religiosas? 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/No responde 88

614 **¿Desea usted usar algún método para evitar tener hijos/as actualmente?**

- Sí ..... 1 → PASE a PREG. 616
- No 2
- No sabe/ no responde 88

615 **En el futuro ¿le gustaría usar algún método?**

- Sí 1
- No 2
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 700

616 **¿Cuál método preferiría o está pensando utilizar usted o su pareja?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle) 3
- Inyección anticonceptiva 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva 6
- Condón o preservativo femenino 7
- Condón o preservativo masculino 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después) 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings) 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar) 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA 12
- Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 13
- No sabe/ no responde 88

→ PASE a PREG. 700

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

617	**¿Sabe dónde puede ir para obtener o conseguir ese método?**	Sí .....1 No .....2 → PASE a PREG. 700
618	**¿En qué lugar conseguiría u obtendría el método?**	Establecimientos de salud Del MSP..... 1 Hospital de Especialidades del IESS ..... 2 Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3 Dispensario Seguro Campesino..... 4 Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5 Hospital/Clínica Privada ..... 6 Consultorio particular..... 7 Junta de Beneficencia* ..... 8 Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud.... 9 Fundación / ONG**..... 10 Farmacia o Botica..... 11 Partera..... 12 Otro, ¿cuál?_____ 13 Especifique No sabe/ no responde..... 88
619	**¿Cuánto tiempo tardaría normalmente en llegar a ese lugar?** **SI SE TRASLADARÍA REGISTRE EN HORAS Y/ O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".**	Minutos ..... 1 ___ Horas ..... 2 ___ No sabe ..... 88 PASE a PREG. 700

SOLAMENTE PARA ENTREVISTADAS QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

620	**ENCUESTADOR/A:** Vea preg. 603 y marque el método que usa, si está utilizando más de un método, encierre con un círculo el método más efectivo de acuerdo al orden de efectividad	Esterilización masculina o vasectomía..... 1 → PASE a PREG. 622 Esterilización femenina o ligadura..... 2 Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 Inyección anticonceptiva..... 4 Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre..... 5 Píldora o pastilla anticonceptiva..... 6 Condón o preservativo femenino..... 7 Condón o preservativo masculino..... 8 Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después)..... 9 PASE a PREG. 625 Ritmo, calendario o control de la temperatura, Moco cervical (Billings)..... 10 Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar)..... 11 Método de lactancia exclusiva – MELA..... 12 Otro, ¿cuál? _____ 13 Especifique PASE a PREG. 627

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

621 **¿Qué edad tenia usted cuando le esterilizaron o ligaron?**

Edad en años ..... ☐☐

622 **¿En qué establecimiento le hicieron la esterilización o ligadura?**

Establecimientos de Salud del MSP..... 1
Hospital de Especialidades del IESS 2
Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio IESS..... 3
Dispensario Seguro Campesino..... 4
Hospital/Policlínico - FFAA/Policía..... 5
Hospital/Clínica Privada 6
Consultorio particular..... 7
Junta de Beneficencia* 8
Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud 9
Fundación / ONG**..... 10
Otra, ¿cuál?..... 11
Especifique
No sabe/ no responde..... 88

623 **¿Quién tomó la decisión para la esterilización o ligadura:**

Usted?..... 1
Esposo/Pareja? 2
Usted y su esposo/pareja? 3
Médico? 4
Usted, esposo/pareja y médico? 5
Familiares? 6
No sabe/no responde..... 88

624 **Dada la situación actual, si tuviera(n) que elegir nuevamente, ¿Tomaría(n) la misma decisión de operarse para no tener más hijos(as)?**

Sí 1
No ..... 2 → PASE a PREG. 629
No sabe/ no responde 88

625 **¿Dónde obtiene el método anticonceptivo que usa?**

Establecimientos de Salud del MSP..... 1
Hospital/Clínica IESS..... 2
Centro Clínico Quirúrgico del IESS 3
Dispensario Seguro Campesino 4
Hospital/Policlínico- FFAA/Policía..... 5
Hospital/Clínica Privada..... 6
Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud 7
Junta de Beneficencia*..... 8
Fundación/ONG**..... 9
Consultorio particular..... 10
Farmacia o Botica..... 11
Otro, ¿cuál? _____ 12
Especifique
No sabe/No responde..... 88 → PASE a PREG. 627

626 **¿Cuánto tiempo tarda usted normalmente para llegar desde aquí a ese lugar?**
SI SE TRASLADA REGISTRE EN HORAS Y/O MINUTOS; CASO CONTRARIO REGISTRE "00".

Minutos ..... 1 ☐☐
Horas ..... 2 ☐☐
No sabe/ no responde 88

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR)HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE, ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN VI. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

627 **¿Para qué o por qué usa usted los métodos anticonceptivos principalmente:**

- Ya no quiere tener más hijos/as? 1
- No quiere tener hijos/as? 2
- Para espaciar o posponer los embarazos? 3
- Para protección del VIH/Sida y otras ITS? 4
- Por razones de salud? 5
- Otro, cuál? _____ 6
  Especifique

628 **¿Quién tomó la decisión de usar este método:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, cuál? _____ 4

629 **¿Cuál fue el primer método que usted usó?**

ADMITE UNA SOLA RESPUESTA

- Esterilización masculina o vasectomía 1
- Esterilización femenina o ligadura 2
- Implante (Implanon, Jadelle) 3
- Inyección anticonceptiva 4
- Dispositivo Intra Uterino - DIU o T de cobre 5
- Píldora o pastilla anticonceptiva 6
- Condón o preservativo femenino 7
- Condón o preservativo masculino 8
- Pastillas anticonceptivas de emergencia (píldora del día después) 9
- Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical (Billings) 10
- Coito interrumpido (El se retira cuando va a eyacular/terminar) 11
- Método de lactancia exclusiva – MELA 12
- Otro, ¿cuál? _____ 13
  Especifique
- No sabe/ no responde 88

630 **¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese primer método?**

Edad en años ..... |_|_|

631 **Cuándo usted comenzó a usar el primer método, ¿Cuántos hijos e hijas nacidos vivos tenía?**

No. de hijos/hijas nacidos vivos ..... |_|_|

(SI NO TENÍA ANOTE 00)

632 **¿Quién tomó la decisión de usar ese primer método:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, ¿cuál? _____ 4

633 **¿Quién toma la decisión cuando usted necesita o requiere realizarse una atención médica ginecológica:**

- Ambos (usted y su pareja)? 1
- Sólo usted? 2
- Sólo su pareja? 3
- Otra persona, ¿cuál? _____ 4

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

700 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 602 en la línea 2 si está o no esterilizada.**

¿Está esterilizada?

Si está esterilizada ..... 1 → PASE a PREG. 703

No esta esterilizada 2

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el futuro

701 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

NO EMBARAZADA O INSEGURA
¿Quisiera tener un (otro) hijo/hija o Preferiría no tener (más) hijos/hijas? ⌊_⌋

EMBARAZADA ⌊_⌋

¿Después del hijo/hija que está esperando, quisiera tener otro hijo/hija o preferiría no tener mas hijos/hijas?

Quiere hijo/hija 1

No quiere hijos/ más hijos/as 2

Menopáusica 3

No por razones médicas 4

Indecisa 5

Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 6

→ PASE a PREG. 703

702 ***Encuestador/a vea Preg. 200***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

NO EMBARAZADA O INSEGURA ⌊_⌋

¿Cuánto tiempo quisiera esperar antes del nacimiento de un (otro) hijo/hija?

EMBARAZADA ⌊_⌋

¿Cuánto tiempo quisiera esperar después del hijo que esta esperando, antes de tener otro hijo?

Meses ..... 1 ⌊_|_⌋

Años ..... 2 ⌊_|_⌋

Pronto/Ahora 3

Menopáusica (estéril) 4

Otro, ¿cuál? _____ (Especifique) 5

No sabe/ no responde 88

703 ***Encuestador/a vea Preg. 218***

MARQUE UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE

TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera volver a la época en que todavía no tenía hijos/hijas y pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en todo su vida ¿Cuántos serían? ⌊_⌋

NO TIENE HIJO(S) VIVO(S)
Si pudiera elegir exactamente el número de hijos/hijas que tendría en toda su vida ¿Cuántos serían?

Número ..... ⌊_|_⌋

SI RESPONDE NINGUNO REGISTRE "00"

704 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 700 Si la mujer está esterilizada.**

Sí ..... 1 → PASE a PREG. 800

No 2

705 **ENCUESTADOR/A: Vea la Preg. 701 y copie la respuesta**

Quiere hijo/hija ..... 1 → PASE a PREG. 800

No quiere más hijos/as 2

Menopáusica 3

No por razones médicas 4

Indecisa 5

_____ (Especifique)

No sabe 88

→ PASE a PREG. 800

SECCIÓN VII . PREFERENCIAS REPRODUCTIVAS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la respuesta CON UN CÍRCULO.

706	**¿Cuál es la razón principal por la que no desea más hijos(as)?** **ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Problemas económicos..... 1 Por razones de salud..... 2 Ya tiene suficientes hijos/as..... 3 Por la edad..... 4 Su trabajo no le permite..... 5 No puede atender los hijos..... 6 Inestabilidad conyugal..... 7 Otro, ¿cuál?_____ 8 Especifique No sabe/ no responde..... 88
707	**¿Estaría usted interesada en esterilizarse para no tener más hijos(as)?**	Sí ..... 1 No 2

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

ENCUESTADOR/A, Realice la pregunta 800. Para cada tema que sea CÓDIGO "1" continúe con la pregunta 801.

ENCUESTADOR/A (LÉALE UNO A UNO) TEMA	800: ¿Recibió o ha recibido información sobre:			801: ¿De quién o dónde recibió la mayor información? (SI MENCIONA MÁS DE UNO PREGUNTE DÓNDE RECIBIÓ MÁS)				
	SI	NO	NS/NR	FAMILIAR?	ESCUELA COLEGIO?	INTERNET?	OTRAS PERSONAS?	OTRAS INSTITUCIONES?
		SIGUIENTE ITEM						
a. El desarrollo del cuerpo en la pubertad (cambios físicos del cuerpo)?	1	2	88	1	2	3	4	5
b. El aparato reproductor femenino/masculino?	1	2	88	1	2	3	4	5
c. La menstruación o regla?	1	2	88	1	2	3	4	5
d. Las relaciones sexuales?	1	2	88	1	2	3	4	5
e. El embarazo y el parto?	1	2	88	1	2	3	4	5
f. Los métodos anticonceptivos?	1	2	88	1	2	3	4	5
g. Las infecciones de transmisión sexual o el VIH/SIDA?	1	2	88	1	2	3	4	5
h. Píldora de emergencia (del día después)?	1	2	88	1	2	3	4	5
i. Sexualidad (róles de género, orientación sexual, reproducción, valores, el placer, la intimidad etc.)?	1	2	88	1	2	3	4	5

802	**VEA LA EDAD EN PREG. 101 SECCIÓN I Y MARQUE LO CORRESPONDIENTE**	Tiene de 10 a 14 años ..... 1 Tiene de 15 a 24 años..... 2 Tiene de 25 a 49 años ..... 3→ PASE a PREG. 831
803	**¿Ha tenido relaciones sexuales?**	Sí ..... 1 No ..... 2→ PASE a PREG. 840 No desea contestar 3
804	**¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?**	Años ..... ☐☐ No sabe/ no recuerda ..... 88 No desea contestar ..... 99 → PASE a PREG. 840
805	**¿Qué edad tenía la persona con quién tuvo la primera relación sexual? (coito)**	Años ..... ☐☐ No sabe/ no responde 88
806	**¿Cuál era su relación con esa persona en ese momento?**	Cónyuge/Conviviente ..... 1 Novio ..... 2 Amigo ..... 3 Familiar ..... 4 Desconocido ..... 5 Otro, cuál?_____ 6 *Especifique* No sabe/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

807	**¿Su primera relación sexual ocurrió porque:**	Lo decidieron juntos? ..... 1 Usted le convenció? ..... 2 Le convenció su pareja? ..... 3 Simplemente pasó? ..... 4 Fue sin consentimiento? ..... 5 → PASE a PREG. 812 Otro, cuál? _____ 6 *Especifique* No sabe/ no responde 88
808	**¿Usó usted o él algún método anticonceptivo durante esa primera relación sexual?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 811
809	**¿Qué método utilizó en esa primera ocasión?**	Implante (Implanon, Jadelle) ..... 1 Inyección anticonceptiva ..... 2 Pastillas anticonceptivas ..... 3 Pastilla de emergencia (del día después) ..... 4 Condón ..... 5 Métodos vaginales ..... 6 Coito interrumpido (retiro) ..... 7 Ritmo, calendario ..... 8 Billings (moco cervical) ..... 9 Otro, cuál? _____ 10 *Especifique* No sabe/ no responde 88
810	**¿Quién decidió usar el método en la primera relación sexual?**	Usted ..... 1 Su pareja ..... 2 Los dos ..... 3 → PASE a PREG. 812
811	**¿Cuál fue la razón principal por la que no usaron algún método anticonceptivo en esa primera relación?**	No esperaba tener relaciones en ese momento ..... 1 No conocía ningún método ..... 2 Quería embarazarse ..... 3 Conocía anticonceptivos, pero no sabía donde obtenerlos ..... 4 Su pareja se opuso ..... 5 Quería usarlo, pero no lo pudo conseguir en ese momento ..... 6 Otra, cuál? _____ 7 Especifique No sabe/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

812	**ENCUESTADOR/A: OBSERVE LAS PREGUNTAS 200 Y 207, SECCIÓN II HISTORIA DE NACIMIENTOS Y EMBARAZOS**	Sí ha estado embarazada ..... 1 No ha estado embarazada ..... 2 → PASE a PREG. 831
813	**¿Qué edad tenía cuando supo que estaba embarazada por primera vez?**	Años cumplidos..... ☐☐
814	**Cuando se embarazó ¿Pensaba que podia quedar embarazada?**	Sí ..... 1 → PASE a PREG. 816 No 2
815	**¿Por qué no?**	Era la primera vez ..... 1 No tenía relaciones frecuentes ..... 2 Usó anticonceptivos ..... 3 Creía que no estaba en su período fértil ..... 4 Creía que todavía no tenía la edad ..... 5 Su pareja le dijo que no quedaría embarazada..... 6 Otro, cuál?_____ 7 *Especifique*
816	**En la época en la que quedó embarazada:**	¿Quería tener ese hijo/a? ..... 1 ¿Quería esperar más tiempo? 2
817	**¿Qué edad tenía la persona que la embarazó por primera vez?**	Años ..... ☐☐ No sabe 88
818	**¿Qué era para usted esa persona en ese momento?**	Esposo/Pareja..... ..... 1 Novio ..... 2 Amigo ..... 3 Familiar ..... 4 Desconocido ..... 5 Otra, cuál? _____ 6 *Especifique* No responde 88
819	**En su primer embarazo:**	Tuvo un hijo nacido vivo?..... 1 Tuvo una pérdida antes de cumplir 5 meses de embarazo(aborto)..... 2 Tuvo un hijo que nació muerto después de que tuviera 5 meses de embarazo (mortinato) ..... 3 Aún embarazada..... 4 PASE a PREG. 826

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

820	**¿Era estudiante cuando supo que estaba embarazada?**	Sí ..... 1 No ..... 2 } PASE a PREG. 826 Nunca estudió ..... 3 }
821	**¿Qué nivel de instrucción y grado, curso o año estaba cursando ?**	**NIVEL** **GRADO/CURSO/AÑO** Ninguno ..... 0 Centro de Alfabetización ..... 1 __|__ Primaria ..... 2 __|__ Secundaria ..... 3 __|__ Educación Básica ..... 4 __|__ Bachillerato – Educación Media..... 5 __|__ Superior no Universitario ..... 6 __|__ Superior Universitario..... 7 __|__ Post-grado, Doctorado, PHD..... 8 __|__
822	**¿Interrumpió sus estudios?**	Sí ..... 1 No 2
823	**ENCUESTADOR/A vea en Preg. 819 si ya terminó su primer embarazo**	Ya terminó ..... 1 Aún embarazada ..... 2→ PASE a PREG. 826
824	**¿Siguió asistiendo a clases después de que terminó este embarazo?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. 826 No 2
825	**¿Por qué no siguió asistiendo?** **REGISTRE LA PRINCIPAL**	No tenía con quien dejar al niño/niña..... 1 Ya no le quedaba tiempo..... 2 El niño/a era muy enfermo..... 3 Oposición del cónyuge/conviviente..... 4 Acoso sexual..... 5 No la admitieron/fue expulsada..... 6 Problemas de salud..... 7 Tenía que trabajar..... 8 Cambio de residencia..... 9 Otra, cuál? _____ 10 Especifique

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

826 **Al momento que supo que estaba embarazada,¿Trabajaba en algo por lo cual recibía dinero u otra forma de pago?**

Sí 1

No ..... 2 → PASE a PREG. 832

827 **¿Siguió trabajando después de que se le notaba el embarazo?**

Sí 1

No 2

828 **ENCUESTADOR/A vea en Preg. 823 si ya terminó su primer embarazo**

Ya terminó 1

Aún embarazada ..... 2 → PASE a PREG. 832

829 **¿Volvió a trabajar después de que terminó el embarazo?**

Sí ..... 1 → PASE a PREG. 832

No 2

830 **¿Por qué no volvió a trabajar?**

- No tenía con quien dejar al niño/niña 1
- Ya no le quedaba tiempo 2
- El niño/a era muy enfermo 3
- Oposición del cónyuge/conviviente 4
- Acoso sexual 5
- Fue despedida 6
- Problemas de salud 7
- Era empleo temporal 8
- No encuentra/no encontró trabajo 9
- Cambio de residencia 10
- Otro, cuál? _____ (Especifique) 11

→ PASE a PREG. 832

A partir de la pregunta 831 se investigará también a las mujeres de 25 a 49 años de edad

831 **¿Cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?**

Años ..... |_|_|

No sabe/ recuerda 888

No desea contestar 333

No ha tenido relaciones sexuales..... 777

→ PASE a PREG. 840

832 **¿Hace cuánto tiempo tuvo su última relación sexual (coito)?**

Días ..... |_|_|

Semanas ..... |_|_|

Meses ..... |_|_|

Años ..... |_|_|

Antes del último parto/embarazo 55

No recuerda/ no responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

833 **ENCUESTADOR/A vea en Preg. 832 hace cuánto tiempo tuvo la última relación sexual:**

- Hace menos de un año 1
- Hace un año o más 2
- No recuerda/ no responde 88

→ PASE a PREG. 840

834 **¿Usó el condón en su última relación sexual?**

- Sí ..... 1 → PASE a PREG. 838
- No 2

835 **¿Por qué no lo usó?**

REGISTRE LA PRINCIPAL

- No sabe dónde obtenerlo..... 1
- Es caro/costo..... 2
- Tiene una sola pareja..... 3
- Usa(usaba) otro método..... 4
- Disminuye el placer/incómodo..... 5
- A su pareja no le gusta..... 6
- No tenía en ese momento..... 7
- Nunca lo ha usado..... 8
- Otro, cuál? _____ 9
  Especifique

836 **Si su pareja le pidiera que lo usen, ¿Usted estaría dispuesta a usar el condón?**

- Sí 1
- No..... 2
- No tiene pareja ..... 3 → PASE a PREG. 840
- No sabe 88

837 **Y si usted fuera quién pidiera a su pareja que usaran el condón,¿Cómo cree que reaccionaría él:**

- Se molestaría?..... 1
- Aceptaría?..... 2
- No aceptaría?..... 3
- Otro, cuál? _____ 4
  Especifique
- No sabe..... 88

→ PASE a PREG. 839

838 **El condón lo usó para ...**
(Lea las alternativas)

	SÍ	NO
1. ¿Evitar el embarazo?	1	2
2.¿ Evitar el VIH/SIDA?	1	2
3. ¿Evitar otras infecciones de transmisión sexual?	1	2
4. ¿Por otra razón? (Especifique)	1	

839 **Cuándo usted no desea tener relaciones sexuales ¿puede decírselo a su esposo o pareja?**

- Sí 1
- No 2
- No responde 88

SECCIÓN VIII . ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

840	**¿Qué edad tenía cuando le llegó la menstruación (regla) por primera vez?**	Edad ..... ☐☐ No ha menstruado todavía ..... 97 → **PASE a PREG. 844**
841	**Cuándo eso sucedió, ¿usted sabía lo que es la menstruación o regla?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No responde 88
842	**¿Quién fue la primera persona que le explicó sobre la menstruación o regla?**	Padre..... 1 Madre..... 2 Hermana..... 3 Otro pariente..... 4 Amiga..... 5 Profesor(a)..... 6 Nunca le explicaron..... 7 Otra, cuál? _____ 8 Especifique
843	**¿Hace cuánto tiempo tuvo su última menstruación o regla?** **Si esta menstruando registre en días "00"**	Días ..... ☐☐ Semanas ..... ☐☐ Meses ..... ☐☐ Años ..... ☐☐ Antes del último (actual) embarazo ..... 77 Ya no menstrua ..... 88 Nunca ha menstruado 99
844	**Según su opinión, ¿Quién debe tomar la iniciativa de usar algún método anticonceptivo:**	El hombre?..... 1 La mujer?..... 2 Los dos juntos?..... 3 Cualquiera de los dos?..... 4 No sabe..... 88
845	**En su opinión, ¿Una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe / no responde..... 88

SECCIÓN IX. NUPCIALIDAD

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

900	**¿Actualmente usted está:**	Casada? ..... 1 Unión libre? ..... 2 Unión de hecho?..... 3 → PASE a PREG. 902 Separada? ..... 4 Divorciada? ..... 5 Viuda? ..... 6 → PASE a PREG. 903 Soltera?. 7
901	**¿Ha estado usted casada o unida alguna vez?**	Sí ..... 1→ PASE a PREG. 903 No ..... 2→ PASE a PREG. 1000
902	**Su cónyuge/conviviente vive con usted:**	Si ..... 1 No 2
903	**Usted ¿ha estado en unión o casada solo una vez o más de una vez?**	Una vez ..... 1 Más de una vez 2
904	**¿Cuál es la fecha en que se casó o unió por última vez?**	DIA: __ MES: __ AÑO: ____ No recuerda..... 7777
905	**¿Qué edad tenía usted la primera vez que se casó o unió?**	Edad en años ..... __ No recuerda 77
906	**¿Qué tiempo tiene de (.....)?** **Encuestador/a vea en la Preg. 900**	Años ..... __ (Si es menos de 1 año anote 00)

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1000	**¿Ha oído hablar de las infecciones de transmisión sexual?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → **PASE a PREG. 1002**

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 1001 encierre con un círculo el código 1 para cada infección que mencione ESPONTÁNEAMENTE la entrevistada.
- Para cada una de las infecciones que no mencione, haga la pregunta 1002. si la entrevistada responde afirmativamente encierre con un círculo el código 1; caso contrario el código 2.

INFECCIÓN	PREG. 1001 ¿Cuáles infecciones de transmisión sexual ha oído hablar?	PREG. 1002 ¿Ha oído hablar de ..... (NOMBRE DE LA INFECCIÓN):	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. Sífilis?	1	1	2
b. Gonorrea?	1	1	2
c. VIH / SIDA?	1	1	2
d. Herpes genital?	1	1	2
e. Virus de Papiloma Humano (Condilomas, verrugas, coliflor)?	1	1	2
f. Chancro?	1	1	2
g. Clamidia?	1	1	2
h. Hepatitis B?	1	1	2
i. Tricomoniasis?	1	1	2
j. Candidiasis?	1	1	2
k. Otra, cuál (Especifique)	1		

1003	**ENCUESTADOR/A vea en preguntas 1001c y 1002c si ha oído hablar del VIH/SIDA**	Conoce espontáneo ..... 1 Conoce dirigido ..... 2 No conoce ..... 3 → **FIN DEL FORMULARIO**
1004	**¿Piensa que una persona pueda estar infectada con el VIH/SIDA y no presentar síntomas (señales) de la enfermedad?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe 88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1005	**¿Cree usted que existe cura para el VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe 88
1006	**¿Cree que usted tiene algún riesgo o peligro de infectarse del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1008 No sabe ..... 88 → PASE a PREG. 1009
1007	**¿Cuál es la razón principal por la que piensa Usted que SI tiene algún riesgo:**	Por qué ha tenido relaciones sexuales con varias parejas en los últimos 12 meses? ..... 1 Por qué no usó condón en todas las relaciones sexuales? ..... 2 Por qué su pareja tiene mas parejas? ..... 3 Por qué su pareja pasa mucho tiempo fuera de casa (por trabajo, estudio, etc.)? ..... 4 Por qué usted desconoce cómo protegerse del VIH/SIDA? ..... 5 Por qué su pareja no acepta usar condón? ..... 6 Por qué usted ha sido diagnosticada con alguna infección de transmisión sexual? ..... 7 Por qué usted consume algún tipo de droga? ..... 8 Otra, cuál? _____ 9 *Especifique* No sabe/ no responde ..... 88 PASE a PREG. 1009
1008	**¿Cuál es la razón principal por la que piensa que NO tiene riesgo:**	No tiene relaciones sexuales con desconocidos? ..... 1 Usa el condón en todas las relaciones sexuales? ..... 2 Usa otro método anticonceptivo? ..... 3 Mantiene relaciones sexuales con una sola pareja? ..... 4 No tiene pareja sexual? ..... 5 No tiene relaciones sexuales? ..... 6 No consume ningún tipo de droga? ..... 7 No le han hecho transfusiones de sangre? ..... 8 Otra, cuál? _____ 9 *Especifique* No sabe/ no responde 88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

ENCUESTADOR/A:
- En la columna de la Pregunta 1009 circule el código 1 para cada prevención que mencione **ESPONTÁNEAMENTE** la entrevistada.
- Para cada una de las formas de prevención que no mencione espontáneamente, aplique la pregunta 1010. si la entrevistada responde afirmativamente circule el código 1; caso contrario circule el código 2.

FORMAS DE PREVENCIÓN	PREG. 1009 ¿Cuáles formas de prevención conoce usted para que un hombre o una mujer no se infecte del VIH/ SIDA?	PREG. 1010 ¿Es posible evitar infectarse del VIH/SIDA al ...:	
	ESPONTÁNEO	DIRIGIDO	
		SÍ	NO
a. No tener relaciones sexuales/ abstinencia?	1	1	2
b. Manteniendo relaciones sexuales únicamente con una pareja que no tiene otras parejas (fidelidad mutua)?	1	1	2
c. Utilizando un preservativo cada vez que tiene relaciones sexuales?	1	1	2
d. No tener relaciones sexuales con desconocidos?	1	1	2
e. Otra, cuál? _____ ESPECIFIQUE	1		

1011 ¿Piensa usted que una persona puede infectarse del VIH/SIDA al .....:

	SI	NO	NS/NR
a. Darle la mano a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
b. Besar en la frente a alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
c. Ser picado por un mosquito o zancudo?	1	2	88
d. Usar cucharas, tenedores, platos o vasos usados por alguien que tiene VIH/SIDA?	1	2	88
e. Trabajar con una persona que tiene VIH/SIDA?	1	2	88

1012 ¿Si usted supiera:

	SI	NO	NS/NR
a. Que un vendedor/proveedor/tendero de vegetales frescos tiene VIH/ SIDA ¿Le compraría a él?	1	2	88
b. Que un niño está infectado por el VIH/SIDA ¿Cree que puede ir a la escuela con niños que NO tienen VIH/SIDA?	1	2	88
c. Que un pariente suyo se enfermara de VIH/SIDA ¿Estaría usted dispuesta a recibirlo y cuidarlo en casa?	1	2	88
d. Que un profesor se encuentra infectado por el VIH/SIDA, pero no se ve enfermo ¿Se le podría permitir que siga dando clases?	1	2	88
e. Que una persona de su familia se infectara por el VIH/SIDA ¿Preferiría usted que eso se mantuviera en secreto ?	1	2	88

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1013	**¿En los últimos 12 meses en su última relación sexual utilizó condón?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No ha tenido relaciones sexuales..... 3
1014	**¿Ha oído hablar de la prueba o examen del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → FIN DE LA ENTREVISTA
1015	**¿Sabe dónde hacen la prueba o examen para el VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No 2
1016	**¿Le han hecho alguna vez la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1023
1017	**¿Hace cuánto tiempo fue que se la hizo la última vez?**	Años ..... ⌊_⌋⌊_⌋ Meses ..... ⌊_⌋⌊_⌋ No recuerda ..... 888 SI ES MENOS DE UN MES PONGA 00 EN AÑOS Y MESES
1018	**¿Dónde se la hizo?**	Establecimientos de salud del MSP..... 1 Hospital/Clínica IESS..... 2 Hospital FFAA/Policía..... 3 Hospital/Clínica Privada..... 4 Junta de Beneficencia*..... 5 Cruz Roja Ecuatoriana ..... 6 Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud..... 7 Fundación/ONG**..... 8 Laboratorio privado..... 9 Otro, cuál? ..... 10 Especifique
1019	**Ese examen se lo hizo:**	¿Por su propia voluntad? ..... 1 ¿Tenía que presentar en el trabajo? ..... 2 ¿Para poder viajar?..... 3 Otra, cuál? 4 Especifique _____

* HOSPITAL LUIS VERNAZA, MATERNIDAD ENRIQUE SOTOMAYOR(HOSPITAL DE LA MUJER ALFREDO PAULSON), HOSPITAL ROBERTO GILBERT ELIZALDE. ** APROFE, CEMOPLAF

SECCIÓN X. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS/VIH/SIDA)

1020	**Antes de hacerle la prueba o el examen, ¿Le explicaron de qué se trataba y sobre los posibles resultados?**	Sí ..... 1 No 2
1021	**¿Recibió los resultados de la prueba o examen del VIH/ SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 → PASE a PREG. 1024
1022	**Antes de darle los resultados, ¿Conversaron con usted sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH/SIDA?**	Sí ..... 1 No ..... 2 PASE a PREG. 1024
1023	**¿Cuál es la razón principal por la que nunca se ha hecho la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No ha considerado necesario ..... 1 Temor a la falta de confidencialidad ..... 2 Oposición de la pareja ..... 3 Oposición de otros familiares ..... 4 Temor al resultado ..... 5 No ha tenido tiempo ..... 6 Razones religiosas ..... 7 Dicen que el personal de salud regaña ..... 8 Dicen que no dan el resultado ..... 9 Por falta de dinero/muy caro ..... 10 Nunca se le ha indicado o recomendado ..... 11 Otra, cuál? _____ *Especifique* 12 No sabe/ no responde 88
1024	**Si le ofrecieran hacer el examen del VIH/SIDA de manera gratuita, ¿Estaría dispuesta a hacérselo?**	Sí ..... 1 → FIN DE LA ENCUESTA No 2
1025	**¿Cuál es la razón principal por la que no se haría la prueba o examen del VIH/SIDA?**	No lo necesita ..... 1 Temor a la falta de confidencialidad ..... 2 Oposición de la pareja ..... 3 Oposición de otros familiares ..... 4 Temor al resultado ..... 5 No tiene tiempo ..... 6 Razones religiosas ..... 7 Dicen que el personal de salud regaña ..... 8 Dicen que no dan el resultado ..... 9 Otra, cuál? _____ *Especifique* 10 No sabe/ no responde 88

GESTIÓN DE ESTADÍSTICAS PERMANENTES A HOGARES

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN
ENSANUT - 2018

DESARROLLO INFANTIL
PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

5

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. Área Urbana		2. Área Rural	
3. Provincia			
4. Cantón			
5. Cabecera cantonal o parroquial			
6. Conglomerado			

7. Zona	
8. Sector	
9. No. Secuencial de la vivienda	
10. Número de hogares en la vivienda	
11. Hogar	
12. Período	

B. UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Manzana:		Edificio:	

C.1 DATOS DEL NIÑO SELECCIONADO

COD. PER.	EDAD Años	EDAD Meses	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

C.2 DATOS DE LA PERSONA QUE INFORMA (MADRE O CUIDADORA PRINCIPAL)

COD.PER	Relación	Cod.	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

D. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

1. COMPLETA (efectiva)	
2. RECHAZO	
3. OTRA ¿CUÁL?_____	

E. PERSONAL RESPONSABLE

SUPERVISOR:	
ENCUESTADOR:	
CRÍTICO-CODIFICADOR:	
DIGITADOR:	
VALIDADOR:	

F. FECHA DE LA ENTREVISTA

DÍA		MES		AÑO	2	0	1	8

SECCIÓN I. SELECCIÓN DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: Registre con el código 1 en el casillero del niño seleccionado de acuerdo a la fecha más cercana del próximo cumpleaños con respecto a la fecha de la entrevista (mes y día). Anote el código 2 en cada uno de los casilleros de los niños no seleccionados.

No.	Cod. Per.	NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	FECHA DE NACIMIENTO *(Solicite la cédula de identidad o partida de nacimiento)*	¿CUÁNTOS AÑOS Y MESES CUMPLIDOS TIENE (...)	SEL. Si..1 No..2
1			DÍA ___ MES ___ AÑO ____	AÑOS ___ MESES ___	
2			DÍA ___ MES ___ AÑO ____	AÑOS ___ MESES ___	
3			DÍA ___ MES ___ AÑO ____	AÑOS ___ MESES ___	
4			DÍA ___ MES ___ AÑO ____	AÑOS ___ MESES ___	
5			DÍA ___ MES ___ AÑO ____	AÑOS ___ MESES ___	

SECCIÓN II. PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA PARA NIÑOS/AS DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

200	**¿(...) Asiste actualmente a algún Centro de Desarrollo Infantil CIBV/ CDI o guardería?**	Si ..... 1 → **PASE A PREG. 203** No 2
201	**¿(...) Asistió alguna vez a algún Centro de Desarrollo Infantil CIBV/ CDI, o guardería?**	Si ..... 1 → **PASE A PREG. 203** No 2
202	**¿Por qué no asiste (...) a un Programa o Centro de Desarrollo Infantil CIBV/CDI o guardería?** **SE ADMITE UNA SOLA RESPUESTA**	Prefiere que esté al cuidado de la madre/padre u otro familiar..... 1 No lo considera necesario ..... 2 No hay vacantes en instituciones del barrio..... 3 No hay instituciones en el barrio..... 4 Dificultades económicas..... 5 No se adaptó..... 6 Otra razón, ¿cuál?_____ (Especifique) 7 No sabe/no responde..... 88 **PASE A PREG. 206**
203	**¿El Centro de Desarrollo Infantil CIBV/CDI, o guardería, en el que asiste o asistió la última vez (...) es o era:**	Centro del MIES/INFA (CIBV/CDI)? ..... 1 Centro de educación inicial del Ministerio de Educación?..... 2 De otras Instituciones Públicas?..... 3 Privada?..... 4 De la Iglesia?..... 5 De una Fundación/ONG?..... 6
204	**¿Cuánto tiempo asiste o asistió?**	Años ..... ☐☐ Meses ..... ☐☐ No sabe..... 88
205	**¿Cuántos DÍAS a la semana y cuántas HORAS al día permanece o permanecía (...) en el Centro de Desarrollo Infantil CIBV/CDI o guardería?**	Días a la semana..... ☐☐ Horas al día..... ☐☐ No sabe..... 88

SECCIÓN II. PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA PARA NIÑOS/AS DE 0 A MENORES DE 5 AÑOS

206	¿(...) **RECIBE** actualmente asistencia por parte de educadoras del programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) en su hogar?	Si ..... 1 → PASE A PREG. 208 No 2
207	¿(...) **RECIBIÓ** alguna vez asistencia por parte de educadoras del CNH en su hogar?	Si ..... 1 No ..... 2 → PASE A PREG. 211
208	¿Cuántos días al mes?	Días al mes ..... ☐☐
209	¿Qué edad tenía (....) cuando le visitó la educadora del CNH por primera vez?	Edad en meses del niño/a de la primera visita.... ☐☐ No sabe/ no responde..... 88 SI ES MENOS DE UN MES REGISTRE 00
210	¿Hace cuánto tiempo fue visitado (...) por una educadora del CNH por última vez?	Días..... ☐☐ Semanas..... ☐☐ Meses..... ☐☐
211	¿Con quién duerme (...) habitualmente:	Solo en su propia cama o cuna?..... 1 → PASE A PREG. 213 Comparte la cama con su padre y/o madre?..... 2 Comparte la cama o cuna con otro/s niños?..... 3 Comparte la cama con otro/s adulto/s..... 4
212	¿Por qué (...) no duerme solo?	Decisión del padre y/o madre..... 1 No hay espacio en la vivienda..... 2 Falta de recursos económicos..... 3 El o ella no quiere dormir solo/a..... 4 Otro, ¿cuál?_____ 5 Especifique
213	¿CON QUIÉN permanece (...) la mayor parte del tiempo de lunes a viernes?	Madre ..... 1 Padre ..... 2 Abuelos/as o tíos/as..... 3 Miembros del hogar de 10 años y más..... 4 Miembros del hogar menores de 10 años ..... 5 Otros familiares, vecinos/as o amigos/as..... 6 Empleada o niñera ..... 7 Se queda solo ..... 8 Centro de Desarrollo Infantil (guardería)..... 9 → PASE A PREG. 215
214	¿Dónde se realiza el CUIDADO de (...):	En la vivienda? ..... 1 Fuera de la vivienda? 2
215	¿Cuántos libros, cuentos, revistas o libros con dibujos para niños/as tiene (...) en el hogar? (no incluir textos escolares y libros electrónicos)	Número de libros..... ☐☐

SECCIÓN III. OPORTUNIDADES DE JUEGO EN EL HOGAR PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

301. Quisiera saber ¿cuáles son las cosas con las que (...) juega cuando está en casa:	SI	NO	NS/SR
a. Juguetes hechos en casa como: muñecas de trapo, lana, carritos u otros juguetes?	1	2	3
b. Con objetos del hogar como ollas, u objetos que se encuentran en el exterior del hogar, como: palos, piedras, conchas de animales u hojas?	1	2	3
c. Con juguetes comprados en una tienda/almacen?	1	2	3
d. Con juguetes para armar y/o construir como: legos, rompecabezas?	1	2	3
e. Con juguetes, artículos o elementos que le permitan aprender texturas, formas y/o colores como triángulos, cuadrados, etc.?	1	2	3
f. Con muñecos/as y objetos de roles o fantasías (tazas y platos de juguetes, disfraces, etc., para jugar al doctor, a la comidita, a papá y a mamá, al maestro, etc.)?	1	2	3
g. Con artículos electrónicos como tablets, celulares, play station?	1	2	3

302	**¿Cuántas horas al día pasa (...) mirando televisión o viendo videos o películas en tablets?**	Horas..... ☐☐ No tiene televisión..... 77 No sabe..... 88
303	**¿Cuántas horas al día juega (...) de forma exclusiva?**	Horas..... ☐☐ No sabe..... 88
304	**¿Con quién juega principalmente (...)?**	Madre..... 1 Padre..... 2 Hermanos..... 3 Solo..... 4 Un familiar menor de 15 años..... 5 Un familiar mayor de 15 años..... 6 Un no familiar menor de 15 años..... 7 Un no familiar mayor de 15 años..... 8

A veces, los adultos que cuidan a los niños/as los dejan solos en la casa porque tienen que salir de compras, lavar la ropa o por otros motivos.

305	**En los últimos 7 días, ¿cuántos días dejó a (...) al cuidado de otro niño/a menor de 10 años, por más de una hora?**	Número de días..... ☐☐ NS/NR..... 88 SI NUNCA LE DEJO A CARGO DE MENORES DE 10 AÑOS REGISTRE 00
306	**En los últimos 7 días, ¿cuántos días dejó al niño/a solo/a por más de una hora?**	Número de días..... ☐☐ NS/NR..... 88 SI NUNCA LE DEJO SOLO REGISTRE 00

307. En los últimos 3 días, ¿usted o alguna persona del hogar mayor a 15 años participó en alguna de estas actividades: (RESPUESTA MÚLTIPLE)	SI..... 1 No..... 2	¿CON QUIÉN O QUIENES LA REALIZÓ?				
		MADRE	PADRE	HERMANA/O	ABUELA/ ABUELO	OTRO
a. ¿Leyó libros o miró los dibujos de un libro con (...)?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
b. ¿Le contó cuentos o historias a (...)?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
c. ¿Le cantó canciones a (...) o cantó con (...), incluyendo canciones de cuna?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
d. ¿Llevó a (...) a pasear fuera de la vivienda, lote o terreno? *(Jugar al parque, a tomar helado, etc. No incluye hacer mandados o trámites)*	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
e. ¿Jugó con (...)?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
f. ¿Dibujó, pintó, escribió o jugó a hacer garabatos en papel con (...)?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5
g. ¿Jugó a nombrar objetos o colores, a decir los números o a contar objetos con (...)?	1 2→Sig. Ítem	1	2	3	4	5

SECCIÓN IV. DISCIPLINA INFANTIL

PARTE A. DISCIPLINA INFANTIL PARA NIÑOS/AS DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS

400. Los niños/as en ocasiones lloran o se molestan por algo. Le voy a leer varias maneras o métodos utilizados por los adultos para calmarlos, corregirlos o enseñarles a comportarse. Por favor, dígame si ¿usted o alguien más en el hogar ha usado estos métodos con (...) en los últimos 30 días (de... a...):	**SI**	**NO**
a. Le quitó o prohibió algo que a (...) le gusta, o no le permitió jugar?	1	2
b. Le explicó a (...) por qué estuvo mal su comportamiento?	1	2
c. Le sacudió?	1	2
d. Le gritó?	1	2
e. Le dió otra cosa que hacer? (Ponerle a dormir, ver televisión o darle otra cosa con que jugar)	1	2
f. Le dio una nalgada con la mano?	1	2
g. Le golpeó en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, un palo u otro objeto duro?	1	2
h. Le llamó tonto/a, perezoso/a, malcriado/a o alguna otra cosa parecida?	1	2
i. Le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas?	1	2
j. Le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna?	1	2
k. Le dio una paliza; es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo?	1	2
l. No le hizo caso/ le ignoró/ fue indiferente?	1	2
m. Le bañó en agua fría, le metió al tanque o le pegó con ortiga?	1	2

PASE A LA PREG. 402

PARTE B. DISCIPLINA INFANTIL PARA NIÑOS/AS MENORES DE 1 AÑO

401. Los niños/as pequeños y los bebés en ocasiones lloran o se molestan por algo. Le voy a leer varias maneras o métodos utilizados por los adultos para calmarlos, corregirlos o enseñarles a comportarse. Por favor, dígame si ¿usted o alguien más en el hogar ha usado estos métodos con (...) en los últimos 30 días (de... a...):	**SI**	**NO**
a. Le abrazaron o consolaron?	1	2
b. Le ignoraron hasta que dejara de llorar o de quejarse?	1	2
c. Hablaron con él/ella suavemente para calmarlo?	1	2
d. Le dijeron que dejara de llorar, hablaron con él/ella severamente?	1	2
e. Le distrajeron, llamando su atención en otra cosa?	1	2
f. Le sacudieron para tratar de detener el llanto?	1	2
g. Verificaron si necesitaba algo, por ejemplo, si tenía frío, hambre, sueño?	1	2
h. Le pegaron?	1	2
i. Le gritaron?	1	2

402	**¿Cree usted que para criar o educar correctamente a un niño/una niña, se le debe castigar físicamente?**	Sí ..... 1 No ..... 2 No sabe 88

SECCIÓN V. DESARROLLO, APRENDIZAJE Y EDUCACIÓN PARA NIÑOS/AS DE 3 A MENORES DE 5 AÑOS

ENCUESTADOR/A: LEA PAUSADAMENTE AL INFORMANTE:
Me gustaría preguntarle acerca del desarrollo de (...). los niños/as no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad. Por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros.

500	**VERIFIQUE LA EDAD DEL NIÑO/A EN LA CARÁTULA PARTE C**	Niños/as menores de 3 años .....1 → PASE A LA PREG. 600 Niños/as de 3 a menores de 5 años.....2
501	**¿Puede (...) identificar o nombrar por lo menos diez letras del abecedario?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
502	**¿Puede (...) leer al menos cuatro palabras sencillas, comunes?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
503	**¿Reconoce (...) el símbolo de los números del 1 al 10 y sabe sus nombres?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
504	**¿Puede (...) recoger un objeto pequeño con dos dedos, como un palo o una piedra del piso?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
505	**¿A veces (...) se siente cansado/ desanimado sin ganas de jugar?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR..... 88
506	**¿Puede (...) seguir instrucciones sencillas sobre cómo hacer algo correctamente?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
507	**Cuando se le da algo para hacer, ¿puede (...) hacerlo por sí solo/a?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
508	**¿Se lleva (...) bien con los otros niños/as?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
509	**¿(...) patea, muerde o golpea a otros niños/as o adultos?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
510	**¿Se distrae (...) fácilmente?**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. 88
511	**¿Asiste (...) a algún centro de educación inicial o pre escolar como: Inicial I ó Inicial II**	Si ..... 1 No ..... 2 NS/NR.. ..... 88 → PASE A PREG. 513
512	**Este centro de educación inicial o pre escolar es:**	Público?..... 1 Privado?..... 2 Otro, ¿cuál?_____ (Especifique) 3 NS/NR.. ..... 88 → PASE A PREG. 600
513	**¿Cuál es la razón por la que (...) no asiste a algún centro de educación inicial o pre escolar como: Inicial I ó Inicial II?**	No lo considera necesario..... 1 No hay vacantes..... 2 No hay instituciones en el barrio..... 3 No puede pagar..... 4 Está muy lejos..... 5 No aprende mucho..... 6 Está mejor en casa..... 7 No se adaptó..... 8 NS/NR... 88

SECCIÓN VI. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 12 A 18 MESES (1 AÑO A 1 AÑO Y 6 MESES)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

600	¿Cuál es la lengua con la que principalmente se comunica con (…):	Solo español?.....1 Español y lengua indígena?.....2 Español y lengua extranjera?.....3 Solo lengua indígena?.....4 Sólo lengua extranjera?.....5 → PASE A SECCIÓN X

ENCUESTADOR: LEA PAUSADAMENTE A LA INFORMANTE
Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad, por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Tome en cuenta que los niños dicen ciertas palabras de forma diferente como: "se, supe o sabo" en vez de "saber", "ato" en vez de "gato", " tella" en vez de "botella".

Si el niño no dice la palabra pero señala el agua cuando tiene sed o cuando usted le pregunta si quiere agua, o trae los zapatos cuando usted le pide que los traiga, entonces el niño si entiende las palabras.

A continuación, le voy a leer una lista de palabras que los niños usan generalmente:

SOLO PARA EL ENCUESTADOR: Apóyese en el Manual sobre las respuestas aceptadas y no aceptadas para esta sección. Si el niño/a dice palabras de la lista aunque las diga de manera distinta como por ejemplo "ato" en vez de gato o "pota" en vez de pelota, usted deberá marcar "ENTIENDE Y DICE". Si el niño no dice la palabra pero da muestras de entenderla, por ejemplo señala el agua cuando tiene sed (o cuando usted le pregunta si quiere agua) o trae los zapatos cuando usted le pide que los traiga, usted deberá marcar "ENTIENDE Y NO DICE"; caso contrario, si no dice la palabra y tampoco la entiende, marque "NO ENTIENDE Y NO DICE".

PREGUNTAS A LAS MADRES		ENTIENDE Y DICE	ENTIENDE Y NO DICE	NO ENTIENDE Y NO DICE	NS/NR
601	¿(…): dice "AM" (para referirse a comer)?	1	2	3	4
602	¿(…): dice "GUAU GUÁU"?	1	2	3	4
603	¿(…): dice "GATO"?	1	2	3	4
604	¿(…): dice "AGUA"?	1	2	3	4
605	¿(…): dice "BAÑO"?	1	2	3	4
606	¿(…): dice "BOCA"?	1	2	3	4
607	¿(…): dice "BOTELLA"?	1	2	3	4
608	¿(…): dice "CAMA"?	1	2	3	4
609	¿(…): dice "BUS"?	1	2	3	4
610	¿(…): dice "CARNE"?	1	2	3	4
611	¿(…): dice "CARRO"?	1	2	3	4
612	¿(…): dice "FLOR"?	1	2	3	4
613	¿(…): dice "HUEVO"?	1	2	3	4
614	¿(…): dice "JABÓN"?	1	2	3	4
615	¿(…): dice "LIBRO" ?	1	2	3	4
616	¿(…): dice "OJOS"?	1	2	3	4
617	¿(…): dice "PAN"?	1	2	3	4
618	¿(…): dice "PANTALÓN"?	1	2	3	4
619	¿(…): dice "PELOTA"?	1	2	3	4
620	¿(…): dice "GALLETA"?	1	2	3	4
621	¿(…): dice "ZAPATO"?	1	2	3	4

Adaptada con autorización de MACARTHUR-BATES VERSIÓN BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS -II
Copyright 2003 Derechos reservados® Para mayor información acudir a: https://mb-cdi.stanford.edu/

SECCIÓN VI. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 12 A 18 MESES (1 AÑO A 1 AÑO Y 6 MESES)

	PREGUNTAS A LAS MADRES	ENTIENDE Y DICE	ENTIENDE Y NO DICE	NO ENTIENDE Y NO DICE	NS/NR
622	¿(...): dice "ABUELA"?	1	2	3	4
623	¿(...): dice "MAMÁ"?	1	2	3	4
624	¿(...): dice "FAMILIA"?	1	2	3	4
625	¿(...): dice "DÓNDE"?	1	2	3	4
626	¿(...): dice "UNO, DOS, TRES"?	1	2	3	4
627	¿(...): dice "CAER"?	1	2	3	4
628	¿(...): dice "COMER"?	1	2	3	4
629	¿(...): dice "DORMIR"?	1	2	3	4
630	¿(...): dice "JUGAR"?	1	2	3	4
631	¿(...): dice "MIRAR"?	1	2	3	4
632	¿(...): dice "PONER"?	1	2	3	4
633	¿(...): dice "QUERER"?	1	2	3	4
634	¿(...): dice "SENTAR (SE)"?	1	2	3	4
635	¿(...): dice "TOMAR"?	1	2	3	4
636	¿(...): dice "VER"?	1	2	3	4
637	¿(...): dice "AFUERA" ?	1	2	3	4
638	¿(...): dice "AHÍ"?	1	2	3	4
639	¿(...): dice "CALIENTE"?	1	2	3	4
640	¿(...): dice "BONITA"?	1	2	3	4
641	¿(...): dice "GRANDE"?	1	2	3	4
642	¿(...): dice "MÁS"?	1	2	3	4
643	¿(...): dice "MUCHO"?	1	2	3	4
644	¿(...): dice "SUCIO"?	1	2	3	4
645	¿(...): dice "TAMBIÉN"?	1	2	3	4
646	¿(...): dice "ELLAS"?	1	2	3	4
647	¿(...): dice "MÍO"?	1	2	3	4
648	¿(...): dice "QUIÉN"?	1	2	3	4
649	¿(...): dice "SU"?	1	2	3	4
650	¿(...): dice "UN"?	1	2	3	4



Pase a Sección X

SECCIÓN VII. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 19 A 30 MESES (1 AÑO - 7 MESES A 2 AÑOS Y 6 MESES)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

700	¿Cuál es la lengua con la que principalmente se comunica con (...):	Solo español?.....1 Español y lengua indígena?.....2 Español y lengua extranjera?.....3 Solo lengua indígena?.....4 Sólo lengua extranjera?.....5 → PASE A SECCIÓN X

ENCUESTADOR: LEA PAUSADAMENTE AL INFORMNATE

Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad, por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Tome en cuenta que los niños dicen ciertas palabras de forma diferente como: "se, supe o sabo" en vez de "saber", "ato" en vez de gato, " tella en vez de "botella".

A continuación, le voy a leer una lista de palabras que los niños usan generalmente:

Solo para el ENCUESTADOR: Apóyese en el Manual sobre las reglas y respuestas aceptadas y no aceptadas para la sección. Si el niño/a ya dice las palabras, usted deberá marcar "DICE", aunque las diga de manera distinta o con palabras familiares. Por ejemplo, si (...) dice palabras de la lista aunque de manera un poco diferente (por ejemplo, "ato" en vez de gato o "ota" en vez de pelota), usted debe marcar que el niño/a "DICE" la palabra. Además, si (...) dice otra palabra que se usa en su familia y que significa lo mismo que la que viene en la lista (por ejemplo, si dice "coca" en vez de "refresco", o "super" en vez de "tienda"), usted deberá marcar que el niño/a "DICE" la palabra. O si el niño/a dice "pesada" en vez de "pesado", o "descansó" en vez "descansar" debe marcar "DICE".

	PREGUNTAS A LAS MADRES	DICE	NO DICE	NS/NR
701	¿(...): dice "GUAU GUAU"?	1	2	3
702	¿(...): dice "GATO"?	1	2	3
703	¿(...): dice "VACA"?	1	2	3
704	¿(...): dice "AGUA"?	1	2	3
705	¿(...): dice "ARROZ"?	1	2	3
706	¿(...): dice "BAÑO"?	1	2	3
707	¿(...): dice "BRAZO"?	1	2	3
708	¿(...): dice "BUS"?	1	2	3
709	¿(...): dice "ZANAHORIA"	1	2	3
710	¿(...): dice "CALLE"?	1	2	3
711	¿(...): dice "CAMA"?	1	2	3
712	¿(...): dice "FÓSFOROS"?	1	2	3
713	¿(...): dice "FIESTA"?	1	2	3
714	¿(...): dice "FLOR"?	1	2	3
715	¿(...): dice "HUEVO"?	1	2	3
716	¿(...): dice "JABÓN"?	1	2	3
717	¿(...): dice "MANGUERA" ?	1	2	3
718	¿(...): dice "OLLA"?	1	2	3
719	¿(...): dice "PANTALÓN"?	1	2	3

Adaptada con autorización de MACARTHUR-BATES VERSIÓN BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS -II
Copyright 2003 Derechos reservados® Para mayor información acudir a: https://mb-cdi.stanford.edu/

SECCIÓN VII. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 19 A 30 MESES (1 AÑO - 7 MESES A 2 AÑOS - 6 MESES)				
PREGUNTAS A LAS MADRES		DICE	NO DICE	NS/NR
720	¿(…): dice "PAPAS"?	1	2	3
721	¿(…): dice "PERIÓDICO"?	1	2	3
722	¿(…): dice "PLÁTANO"?	1	2	3
723	¿(…): dice "SOL"?	1	2	3
724	¿(…): dice "TELEVISIÓN"?	1	2	3
725	¿(…): dice "CULEBRA"?	1	2	3
726	¿(…): dice "ABUELA/O"?	1	2	3
727	¿(…): dice "MAMÁ"?	1	2	3
728	¿(…): dice "NO HAY"?	1	2	3
729	¿(…): dice "CAERSE"?	1	2	3
730	¿(…): dice "COMPRAR"?	1	2	3
731	¿(…): dice "DORMIR"?	1	2	3
732	¿(…): dice "ESTAR"?	1	2	3
733	¿(…): dice "JUGAR"?	1	2	3
734	¿(…): dice "LLOVER"?	1	2	3
735	¿(…): dice "PRENDER"?	1	2	3
736	¿(…): dice "SABER"?	1	2	3
737	¿(…): dice "SALTAR"?	1	2	3
738	¿(…): dice "SENTARSE"?	1	2	3
739	¿(…): dice "AFUERA" ?	1	2	3
740	¿(…): dice "BONITA"?	1	2	3
741	¿(…): dice "CALIENTE"?	1	2	3
742	¿(…): dice "CANSADO"?	1	2	3
743	¿(…): dice "ENTONCES"?	1	2	3
744	¿(…): dice "GRANDE"?	1	2	3
745	¿(…): dice "MALO"?	1	2	3
746	¿(…): dice "NUEVO"?	1	2	3
747	¿(…): dice "SUCIO"?	1	2	3
748	¿(…): dice "DÓNDE"?	1	2	3
749	¿(…): dice "NUESTRO"?	1	2	3
750	¿(…): dice "SUYO"?	1	2	3

Pase a Sección X

Adaptada con autorización de MACARTHUR-BATES VERSIÓN BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS -III
Copyright 2003 Derechos reservados* Para mayor información acudir a: https://mb-cdi.stanford.edu/

SECCIÓN VIII. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 31 A 42 MESES (2 AÑOS - 7 MESES A 3 AÑOS Y 6 MESES)

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

800	¿Cuál es la lengua con la que principalmente se comunica con (…):	Solo español?.....1 Español y lengua indígena?.....2 Español y lengua extranjera?.....3 Solo lengua indígena?.....4 Sólo lengua extranjera?.....5

MENORES DE 3 AÑOS PASE A SECCIÓN X
MAYORES DE 3 AÑOS PASE A SECCIÓN XI

ENCUESTADOR: LEA PAUSADAMENTE A LA INFORMANTE

Los niños no siempre se desarrollan y aprenden a la misma velocidad, por ejemplo, algunos aprenden a caminar antes que otros. Tome en cuenta que los niños dicen ciertas palabras de forma diferente como: "se", "supe" o "sabo" en vez de "saber", "ato" en vez de "gato", " tella" en vez de "botella".

A continuación, le voy a leer una lista de palabras que los niños usan generalmente:

Solo para el ENCUESTADOR: Apóyese en el manual sobre las reglas y respuestas aceptadas y no aceptadas para la sección. Si el niño/a ya dice las palabras, usted deberá marcar "DICE", aunque las diga de manera distinta o con palabras familiares. Por ejemplo, si (...) dice palabras de la lista aunque de manera un poco diferente (por ejemplo, "ato" en vez de gato o "ota" en vez de pelota), usted debe marcar que el niño/a "DICE" la palabra. Además, si (...) dice otra palabra que se usa en su familia y que significa lo mismo que la que viene en la lista (por ejemplo, si dice "coca" en vez de "refresco", o "super" en vez de "tienda"), usted deberá marcar que el niño/a "DICE" la palabra. O si el niño/a dice "pesada" en vez de "pesado", o "descansó" en vez de "descansar" debe marcar "DICE".

	PREGUNTAS A LAS MADRES	DICE	NO DICE	NS/NR
801	¿(…): dice "ACCIDENTE"?	1	2	3
802	¿(…): dice "CUADRADO"?	1	2	3
803	¿(…): dice "CUEVA"?	1	2	3
804	¿(…): dice "TRACTOR"?	1	2	3
805	¿(…): dice "HERRAMIENTA"?	1	2	3
806	¿(…): dice "LADO"?	1	2	3
807	¿(…): dice "MACHETE"?	1	2	3
808	¿(…): dice "MAGIA"?	1	2	3
809	¿(…): dice "MANGA"?	1	2	3
810	¿(…): dice "MECÁNICO"?	1	2	3
811	¿(…): dice "NIDO"?	1	2	3
812	¿(…): dice "PLAGA"?	1	2	3
813	¿(…): dice "PULMÓN"?	1	2	3
814	¿(…): dice "RAIZ"?	1	2	3
815	¿(…): dice "TALLER"?	1	2	3
816	¿(…): dice "VALIENTE"?	1	2	3

Adaptada con autorización de MACARTHUR-BATES VERSIÓN BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS -II
Copyright 2003 Derechos reservados® Para mayor información acudir a: https://mb-cdi.stanford.edu/

SECCIÓN VIII. LENGUAJE DE NIÑOS/AS DE 31 A 42 MESES (2 AÑOS - 7 MESES A 3 AÑOS Y 6 MESES)

	PREGUNTAS A LAS MADRES	DICE	NO DICE	NS/NR
817	¿(…): dice "VERDAD"?	1	2	3
818	¿(…): dice "VERGÜENZA"?	1	2	3
819	¿(…): dice "DESAPARECER"?	1	2	3
820	¿(…): dice "ESTORNUDAR"?	1	2	3
821	¿(…): dice "FLOTAR"?	1	2	3
822	¿(…): dice "MEDIR"?	1	2	3
823	¿(…): dice "PERDER"?	1	2	3
824	¿(…): dice "PERSEGUIR"?	1	2	3
825	¿(…): dice "REBANAR"?	1	2	3
826	¿(…): dice "REGRESAR"?	1	2	3
827	¿(…): dice "REPETIR"?	1	2	3
828	¿(…): dice "SALVAR"?	1	2	3
829	¿(…): dice "LIJAR"?	1	2	3
830	¿(…): dice "SIEMPRE"?	1	2	3
831	¿(…): dice "SANO"?	1	2	3
832	¿(…): dice "RESPONSABLE"?	1	2	3
833	¿(…): dice "RARO"?	1	2	3
834	¿(…): dice "QUEMADO"?	1	2	3
835	¿(…): dice "PRONTO"?	1	2	3
836	¿(…): dice "PELIGROSO"?	1	2	3
837	¿(…): dice "NUNCA"?	1	2	3
838	¿(…): dice "NERVIOSO"?	1	2	3
839	¿(…): dice "MISMO"?	1	2	3
840	¿(…): dice "MARAVILLOSO"?	1	2	3
841	¿(…): dice "VAGO"?	1	2	3
842	¿(…): dice "FEROZ"?	1	2	3
843	¿(…): dice "EMOCIONADO"?	1	2	3
844	¿(…): dice "CADA"?	1	2	3
845	¿(…): dice "BASTANTE"?	1	2	3
846	¿(…): dice "ADEMÁS"?	1	2	3
847	¿(…): dice "AQUEL/AQUELLA"?	1	2	3
848	¿(…): dice "CONTRA"?	1	2	3
849	¿(…): dice "DESDE"?	1	2	3
850	¿(…): dice "NUESTRO"?	1	2	3

→ Niños/as menores de 3 años pase a Sección X

→ Niños/as de 3 años a 3 años 6 meses pase Sección XI

Adaptada con autorización de MACARTHUR-BATES VERSIÓN BREVE DEL INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS -II
Copyright 2005 Derechos reservados® Para mayor información acudir a: http://mb-cdi.stanford.edu/

SECCIÓN IX. LENGUAJE – PEABODY PARA NIÑOS/AS DE 43 A 59 MESES (3 AÑOS - 7 MESES A 4 AÑOS Y 11 MESES)

900	¿Cuál es la lengua con la que principalmente se comunica con (...):	Solo español?.....1 Español y lengua indígena?.....2 Español y lengua extranjera?.....3 Solo lengua indígena?.....4 Sólo lengua extranjera?.....5 → PASE A SECCIÓN XI

901. Encuestador: ¿Pudo acceder a trabajar con el niño/a?

SI ..... 1 ☐ NO..... 2 ☐ → ¿Por qué razón? ☐

1 Discapacidad/enfermedad
2 Rechazo del niño
3 Rechazo de la madre
4 Ausencia del niño

→ Pase a Sección XI

ENCUESTADOR/A: ASEGÚRESE DE REALIZAR LA ACTIVIDAD EN UN LUGAR TRANQUILO Y PRIVADO, LIBRE DE DISTRACCIONES, ASÍ COMO BIEN ILUMINADO. SON NECESARIAS DOS SILLAS Y UNA MESA CON LA ALTURA ADECUADA PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD. ES IMPORTANTE QUE EL NIÑO/A SE ENCUENTRE EN CONDICIONES DE REALIZAR LA ACTIVIDAD (SIN SUEÑO, HAMBRE Y DE BUEN ÁNIMO)

ENCUESTADOR/A: Por favor, informe a los familiares del niño/a que la sección la debe hacer solamente el niño seleccionado, sin ayuda de otro niño o familiar.

ENCUESTADOR/A: Establezca una relación de acercamiento con el niño seleccionado. A continuación se presenta un ejemplo de cómo podría establecerse esta relación y lograr que entre usted y el niño se genere un ambiente cordial y relajado.

Me llamo (NOMBRE DEL ENCUESTADOR), me gustaría hablarte más sobre mi. Soy de (LUGAR) y hoy estoy aquí en tu casa para hacerte algunas preguntas:

¿Tú cómo te llamas?

Muy bien, (...), y ¿cuántos años tienes

Voy a enseñarte unos dibujos y te voy a pedir que señales la figura de acuerdo a las palabras que te voy a decir

Muestra la primera lámina de entrenamiento del cuadernillo de imágenes al niño/a y menciona, por ejemplo:
Pon tu dedo sobre muñeca
Indícame muñeca
Señala muñeca
Encuentra muñeca
¿Dónde está muñeca?

ENCUESTADOR/A: Marque la respuesta que indique el niño, por ejemplo:
En el cuadernillo de imágenes aparecen cuatro imágenes diferentes por cada palabra y el entrevistador/a debe indicar "pon tu dedo sobre" o "qué número es "muñeca" dependiendo de las características de cada niño/a; la respuesta correcta es la imagen cuatro. Si el participante pone el dedo sobre la cuarta imagen o dice 4, la respuesta es correcta y se responde de la siguiente manera:

EJEMPLOS:

1. Vocabulario de niños/as de 43 a 59 meses *(3 años 7 meses a 4 años 11 meses)*			
1 Muñeca	4	4	○
2 Hombre	2	2	□
3 Columpiarse	3	3	△

En el caso en que el niño/a ponga el dedo sobre otra imagen o diga cualquier otro número, la respuesta es incorrecta y se debe marcar trazar una línea oblicua sobre la figura como se indica a continuación:

2 Vocabulario de niños/as de 43 a 59 meses *(3 años 7 meses a 4 años 11 meses)*			
1 Muñeca	4	3	⊘
2 Hombre	2	4	⊘
3 Columpiarse	3	2	⊘

ENCUESTADOR/A POR FAVOR MARQUE LAS SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS:	SI	NO
902. El encuestador está a solas con el niño/a y el adulto informante	1	2
903. El encuestador ha logrado interesar al niño/a en la conversación y ha establecido una relación con él (ella) por ejemplo con preguntas para romper el hielo	1	2
904. El niño está sentado cómodamente y puede utilizar el cuadernillo de imágenes sin dificultades	1	2

SECCIÓN IX. LENGUAJE – PEABODY PARA NIÑOS/AS DE 43 A 59 MESES (3 AÑOS - 7 MESES A 4 AÑOS Y 11 MESES)

905. PALABRAS DEL TEST	Respuesta PEABODY	Respuesta seleccionada (opciones de respuesta 1,2,3,4)	
1 Barco	2		
2 Lámpara	4		
3 Vaca	1		
4 Vela	2		
5 Trompeta	1		
6 Rodilla	4		
7 Jaula	1		
8 Ambulancia	1		
9 Leer	4		
10 Flecha	2		
11 Cuello	3		
12 Mueble	3		
13 Abeja	3		
14 Hora	3		
15 Medir	2		
16 Ballena	2		
17 Roto	1		
18 Acariciar	1		
19 Accidente	2		
20 Canguro	2		
21 Codo	4		
22 Río	3		
23 Águila	2		
24 Romper	4		
25 Pintor	3		
26 Vacío	3		
27 Pelar	3		
28 Uniforme	4		
29 Tronco	2		
30 Líquido	4		
31 Grupo	3		
32 Músico	2		
33 Ceremonia	4		
34 Culebra	4		
35 Bebida	1		
36 Médico	4		
37 Aislamiento	1		
38 Mecánico	2		
39 Premiar	3		
40 Dentista	3		
41 Hombro	3		

PALABRAS DEL TEST	Respuesta PEABODY	Respuesta seleccionada (opciones de respuesta 1,2,3,4)	
42 Sobre	2		
43 Joyas	1		
44 Humano	2		
45 Artista	1		
46 Recoger	4		
47 Construcción	2		
48 Dirigir	2		
49 Arbusto	1		
50 Bosque	3		
51 Agricultura	4		
52 Raíz	2		
53 Nutritivo	3		
54 Par	3		
55 Secretaria	4		
56 Iluminación	4		
57 Carrete	1		
58 Transparente	3		
59 Cosechar	1		
60 Discusión	1		
61 Cooperación	4		
62 Baranda	1		
63 Sorprendido	4		
64 Gotear	2		
65 Embudo	3		
66 Tallo	3		
67 Isla	1		
68 Ángulo	2		
69 Desilusión	4		
70 Carpintero	2		
71 Archivar	3		
72 Mercantil	1		
73 Cuarteto	4		
74 Marco	1		
75 Binocular	3		
76 Judicial	2		
77 Roer	3		
78 Morsa	2		
79 Confiar	3		
80 Terno	4		
81 Contemplar	2		

SECCIÓN IX. LENGUAJE – PEABODY PARA NIÑOS/AS DE 43 A 59 MESES (3 AÑOS - 7 MESES A 4 AÑOS Y 11 MESES)

COMPUTO DE LA PUNTUACIÓN DIRECTA		CONCEPTOS CLAVE
906. Número del Item tope (número de ítem del último error)		**PUNTO DE INICIO:** es el número 1 para todos los niños **BLOQUE**: son 8 ítems consecutivos, marcados entre figuras iguales. **BASE:** es el bloque con las 8 respuestas consecutivas correctas, puede existir más de una base en la hoja de respuestas. **TECHO:** es el bloque que contiene 6 errores, no necesariamente consecutivos. **ÚLTIMA BASE:** es el bloque con las 8 respuestas correctas, antes del techo. **ÍTEM TOPE:** es el número donde se completa el techo, es decir, el sexto error dentro de un bloque. **TECHO AUTOMÁTICO:** es el último número (81) registrado en la tabla del resultado, cuando no se puede definir un techo.
907. Menos errores (no contar los errores antes de la última base)		
908. Es igual a la puntuación directa		
Cuente solamente los errores que cometió desde la base más alta hasta el último ítem del techo		

Encuestador/a, conteste las siguientes preguntas

909	**¿Cuál fue la disposición general del niño/a durante la sección IX?**	**Buena** (con adecuada participación por parte del niño/a).....1 **Regular** (tímido/inquieto, pero respondió).....2 **Mala** (niño/a estaba distraído/a o hizo berrinches).....3
910	**¿Cuál fue el ambiente de aplicación de la sección?**	**Buena** (sentados en una mesa, sin ruidos o distracciones y con una buena iluminación).....1 **Regular** (sentados en una mesa, con algo de ruido e iluminación regular, pero no dificultaba el desarrollo de la sección).....2 **Mala** (de pie, con ruidos y mala iluminación que dificultaba el desarrollo de la sección o la presencia de otros miembros del hogar interrumpió la aplicación) _____ 3 Especifique

Una vez concluido el diligenciamiento de esta sección, pase a sección XI

OBSERVACIONES

SECCIÓN X. INVENTARIO HOME PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS (preguntar a la madre o cuidadora del niño/a)

1. ORGANIZACIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO Y TEMPORAL

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
1. Cuando usted no está, ¿el cuidado del niño es realizado por familiares, niñeras o servicios de cuidado infantil?	
2. ¿Alguien lleva al niño a la tienda, mercado o supermercado por lo menos una vez por semana?	
3. ¿Sacan al niño de la casa por lo menos cuatro veces por semana?	
4. ¿Llevan al niño **regularmente** al consultorio del pediatra clínica o centro de salud *(Menores de 1 año = cada mes, de 1 a 2 años= cada 2 meses, de 2 a 3 años=cada 6 meses)*?	
5. ¿El niño tiene un lugar especial para sus juguetes y sus "tesoros"? *(cajas, canasta de plástico, caja de cartón, closet, etc.)*	
OBSERVACIÓN 6. El lugar de juegos del niño es seguro y libre de riesgos	

2. RESPUESTA EMOCIONAL Y VERBAL DE LA MADRE

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
7. ¿Usted permite que el niño emprenda ocasionalmente juegos en donde se ensucie y haga desorden o juegue con la comida?	
OBSERVACIÓN 8. La madre o cuidadora habla espontáneamente, dirigiéndose al niño por lo menos dos veces durante la visita *(excluyendo regaños)*	
9. La madre o cuidadora responde verbalmente cuando el niño le habla	
10.La madre o cuidadora le dice al niño el nombre de algún objeto durante la visita o dice el nombre de un objeto o persona en tono de enseñanza	
11. La madre o cuidadora habla claro, audible y bien articulado	
12. La madre o cuidadora inicia el intercambio verbal con el encuestador y hace preguntas y comentarios espontáneos	
13. La madre o cuidadora expresa sus ideas libre y fácilmente haciendo uso de párrafos de longitud apropiada en la conversación *(proporciona más que breves respuestas)*	
14. La madre o cuidadora celebra espontáneamente las cualidades del niño o su comportamiento al menos 2 veces en la visita	
15. Cuando la madre o cuidadora habla al o del niño, su voz transmite sentimientos positivos (cariño, ternura, alegría, etc.)	
16. La madre o cuidadora acaricia o besa al niño al menos una vez durante la visita	
17. La madre o cuidadora muestra algunas respuestas emocionales positivas cuando el encuestador alaba al niño	

3. ACEPTACIÓN DE LAS CONDUCTAS DEL NIÑO

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
18. ¿Usted ha castigado físicamente al niño en los últimos 7 días? *(golpes, nalgadas, sacudidas, etc.)*	
19. ¿La familia tiene una mascota?	
OBSERVACIÓN 20. La madre o cuidadora le grita al niño durante la visita	
21. La madre o cuidadora se expresa abiertamente molesta y hostil hacia el niño	
22. La madre o cuidadora le pega o le da nalgadas al niño durante la visita	
23. La madre o cuidadora regaña o ignora al niño durante la visita	
24. La madre o cuidadora interfiere con las acciones del niño o restringe sus movimientos más de tres veces durante la entrevista	
25. Por lo menos 10 libros están presentes y visibles	

4.VARIEDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA ESTIMULACIÓN DIARIA

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
26. ¿El padre proporciona algún tipo de cuidados cada día?	
27. ¿Usted lee al niño cuentos por lo menos 3 veces por semana?	
28. ¿El niño comparte al menos una comida diaria con el padre y/o la madre?	
29. ¿La familia visita o recibe visitas de sus parientes por lo menos una vez al mes?	
30. ¿El niño tiene tres o más libros de su propiedad?	

5. CUENTAN CON MATERIAL DE JUEGO APROPIADO

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
31. ¿El niño tiene algunos juguetes o equipo que implique actividad muscular (pelotas, caballito, columpio, etc.)?	
32. ¿El niño tiene juguetes de tirar o empujar?	
33 . ¿El niño tiene cochecito, andador, autito para pedalear o triciclo?	
34. ¿El niño tiene material de aprendizaje adecuado para su edad, un osito de peluche o muñeguito blando y suave para abrazar, juguetes para representar roles (disfraces, muñecos, etc.)?	
35. ¿El niño tiene material que facilite el aprendizaje adecuado a su edad (móviles, mesita y sillas, silla alta, corralito, etc.)?	
36. ¿El niño tiene juguetes para la coordinación ojo-mano como elementos para meter y sacar, recipientes, rompecabezas, cuentas, etc.?	
37. ¿El niño tiene juguetes para la coordinación ojo-mano, más complejos *(que permitan combinaciones)*, juegos de ensartar, legos, cubos, y juguetes para armar?	
38. ¿El niño tiene juegos de literatura o música? *(Libros, cuentos, juguetes musicales, etc.)*	
OBSERVACIÓN 39 La madre o cuidadora provee al niño de juguetes y actividades interesantes durante la entrevista	

6. CAPACIDAD DE LA MADRE PARA INVOLUCRARSE CON EL NIÑO

SI ..... 1 NO 2

	CÓDIGO
40. ¿Usted alienta conscientemente los avances en el desarrollo del niño?	
41. ¿Usted compra juguetes de "maduración" (desafío) y lo alienta a jugar?	
42.¿Usted sugiere actividades de juego para el niño?	
43. ¿Usted proporciona juguetes que constituyen un desafío para desarrollar nuevas destrezas?	
OBSERVACIÓN 44. La madre o cuidadora tiende a mantener al niño dentro de su campo visual	
45. La madre o cuidadora habla con el niño durante la visita	

Verifique la edad del niño, si la edad es menor a 2 años pase a sección XII.

Si el niño tiene entre 2 y 2 años 11 meses, pase a sección XIV

SECCIÓN XI. INVENTARIO HOME PARA NIÑOS DE 3 A MENORES DE 5 AÑOS (preguntar a la madre o cuidador del niño/a)

1. ESTIMULACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	1. ¿El niño posee juguetes que le ayudan a aprender los nombres de los animales?	
	2. ¿El niño es motivado a aprender el abecedario?	
	3. ¿Usted enseña al niño modales verbales básicos (por favor, gracias)?	
	4. ¿Usted le permite al niño elegir lo que come para el desayuno o el almuerzo?	
OBSERVACIÓN	5. La madre o cuidadora utiliza la gramática correctamente al hablar y pronuncia bien al hablar	
	6. La madre alienta al niño a hablar y se toma el tiempo para escucharle	
	7. El tono de voz de la madre o cuidadora transmite sentimientos positivos hacia el niño *(alegría, cariño, ternura)*	

2. ESTIMULACIÓN PARA EL APRENDIZAJE

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	8. ¿El niño posee juguetes que le enseñen color, tamaño y forma?	
	9. ¿El niño posee 3 o más rompecabezas?	
	10. ¿El niño tiene acceso al equipo de sonido o de música y tiene por lo menos 5 discos de música infantil?	
	11. ¿El niño posee juegos o juguetes que permiten su libre expresión como por ejemplo arcilla, plastilina, crayones, papel, etc.?	
	12. ¿El niño posee juegos o juguetes que requieren de movimientos refinados? *(materiales para construir, libros para colorear, tijeras, papel, etc.)*	
	13. ¿El niño posee juegos o juguetes que le enseñen los números?	
	14. ¿El niño posee por lo menos 10 libros infantiles?	
	15. ¿La familia lee el periódico diariamente?	
	16. ¿La familia compra o recibe por lo menos una revista mensualmente?	
	17. ¿Motivan al niño a aprender figuras geométricas? ◇ □ ○	
OBSERVACIÓN	18. Hay por lo menos 10 libros a la vista en la casa	

3. AMBIENTE FISICO

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
OBSERVACIÓN	19. La vivienda aparenta ser segura y libre de riesgos	
	20. Los espacios designados para jugar al aire libre aparentan ser seguros y libres de riesgo	
	21. El interior de la casa es oscura y monótona? *(no tiene adornos, plantas, cuadros, sin suficientes muebles, falta de color)*	
	22. El barrio es estéticamente agradable	
	23. La casa tiene 10 metros cuadrados habitables por persona	
	24. Los ambientes se encuentran recargados de muebles	
	25. El hogar se encuentra limpio y ordenado	

4. VARIEDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA ESTIMULACIÓN DIARIA

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	26. ¿El niño posee un instrumento musical real o de juguete?	
	27. ¿El niño sale de paseo con un miembro de la familia por lo menos una vez cada 2 semanas?	
	28. ¿El niño ha realizado un viaje a algún lugar a más de 3 horas caminando o a más de 1 hora de su casa en carro en el último año?	
	29. ¿El niño ha sido llevado de paseo algún museo, zoológico, jardín botánico en el último año?	

Cont.. 4. VARIEDAD DE OPORTUNIDADES PARA LA ESTIMULACION DIARIA

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	30. ¿Usted siempre alienta al niño a guardar sus juguetes sin ayuda?	
	31. ¿El niño comparte al menos una comida diaria con uno de sus padres?	
	32. ¿Usted permite que el niño escoja algunos alimentos o marcas de alimentos en la tienda, mercado o supermercado?	
	33. ¿Existe alguna artesanía o manualidad elaborada por algún miembro de su familia?	
OBSERVACIÓN	34. La madre o cuidadora utiliza oraciones complejas y un vocabulario amplio al hablar	

5. AFECTO Y CALIDEZ

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	35. ¿Usted mantiene contacto próximo con el niño 10/15 minutos por día?	
OBSERVACIÓN	36. La madre o cuidadora conversa con el niño por lo menos 2 veces durante la visita	
	37. La madre o cuidadora responde a las preguntas o a los pedidos del niño	
	38. La madre o cuidadora responde verbalmente a las iniciativas de conversación del niño	
	39. La madre o cuidadora halaga las cualidades del niño por lo menos 2 veces durante la entrevista	
	40. La madre o cuidadora acaricia, besa o abraza al niño durante la entrevista	
	41. La madre o cuidadora ayuda al niño a demostrar alguna destreza o logro propio del niño durante la visita	

6. ESTIMULACIÓN ACADÉMICA

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	42. ¿Motivan al niño/a a aprender los colores?	
	43. ¿Motivan al niño/a a aprender lenguaje con estructuras (canciones, rimas)?	
	44. ¿Motivan al niño/a a aprender acerca de relaciones espaciales? (arriba, abajo, derecha, izquierda, adelante, atrás)	
	45. ¿Motivan al niño/a a aprender los números?	
	46. ¿Motivan al niño/a a aprender a leer algunas palabras?	

7. MODELOS DE CONDUCTA

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	47. ¿El niño es capaz de esperar a recibir sus alimentos en los horarios establecidos dentro del hogar?	
	48. ¿Se utiliza el televisor juiciosamente? *(se regula el tiempo de uso del TV.)*	
	49. ¿El niño puede expresar sentimientos negativos y usted no lo castiga por eso?	
	50. ¿El niño puede pegarle a la madre y no es severamente castigado?	
OBSERV	51. La madre o cuidadora presenta al encuestador/a al niño	

8. ACEPTACIÓN

SI ..... 1 | NO 2

		CÓDIGO
	52. ¿Hubo más de un castigo físico al niño/a durante los últimos 7 días?	
OBSERVACIÓN	53. La madre o cuidadora reta o humilla al niño más de una vez durante la visita	
	54. La madre o cuidadora utiliza límites físicos que restrinjan al niño durante la visita	
	55. La madre o cuidadora se expresa abiertamente molesta y hostil hacia el niño	

Verifique la edad del niño, si la edad es 4 a menor de 5 años pase a sección XIII.

Si la edad es de 3 a 3 años 11 meses pase a sección XIV

SECCIÓN XII. MOTRICIDAD GRUESA Y DESARROLLO - PARA NIÑOS DE 0 A 23 MESES MENORES DE 2 AÑOS

INVENTARIO HITOS MOTORES

INSTRUCCIONES: 1. Muéstrele las tarjetas a la madre, colóquelas en desorden. 2. Explique de qué trata cada Figura (Hito). 3. Pida a la madre que seleccione las actividades que el niño/a realiza o ha realizado REGISTRE EN LA PREGUNTA 1 SI CUMPLE O NO EL HITO. 4. Separe las tarjetas que señaló muestre y pregunte: de éstas actividades que realiza, ¿cuál hizo primero y cuál después?, REGISTRE EL ORDEN INDICADO EN LA PREGUNTA 2. 5. MARQUE EL ÚLTIMO HITO LOGRADO EN LA PREGUNTA 3 Y CONSULTE: ¿a qué edad lo logró…? REGISTRE EN LA PREGUNTA 4 LA EDAD EN MESES.	1 ¿Cumple el hito? SI....1 NO...2	2. Escriba el No. De ORDEN	3. Último hito Marque X	4. Escriba edad en meses de aparición
				
				
				
				
				
				

Pase a Sección XIV

SECCIÓN XIII. MADUREZ EMOCIONAL
PARA NIÑOS DE 4 A MENORES DE 5 AÑOS

DIRIGIDA A LA MADRE O CUIDADORA DEL NIÑO/A

	Usted podría decir que:	SIEMPRE	OCASIONAL MENTE	NUNCA	NS/NR
1	¿(...) es capaz de jugar con varios niños de su edad o diferentes edades?	1	2	3	4
2	¿(...) respeta reglas que son dadas por ustedes como padres?	1	2	3	4
3	¿(...) respeta las cosas de los demás?	1	2	3	4
4	¿(...) demuestra respeto por los adultos?	1	2	3	4
5	¿(...) demuestra respeto por otros niños?	1	2	3	4
6	¿(...) ¿Ante alguna situación adversa o fuera de lo común (caer, resbalar, etc.) su niño demuestra autocontrol?	1	2	3	4
7	¿(...) demuestra autoconfianza; es decir, tiene la suficiente seguridad fuerza y convicción para lograr determinados objetivos? *(Participación activa en el grupo de amigos)*	1	2	3	4
8	¿(...) muestra curiosidad por el mundo y pregunta sobre determinados temas?	1	2	3	4
9	Conociendo a (...), ¿usted cree que intentaría ayudar a alguien si se encuentra lastimado o herido?	1	2	3	4
10	Si hay una riña o pelea entre niñas/os ¿usted cree que (...) trataría de detener la pelea?	1	2	3	4
11	¿Ha visto alguna vez que (...) consuele a otro niño que esté llorando?	1	2	3	4
12	¿(...) se involucra en peleas físicas?	1	2	3	4
13	¿(...) patea, muerde o golpea a otros niños o adultos?	1	2	3	4
14	¿(...) se siente conforme con los regalos que le dan tanto los familiares como los amigos?	1	2	3	4
15	¿(...) es ansioso por jugar con un juguete nuevo?	1	2	3	4
16	¿(...) es sociable e invita a jugar a otros niños?	1	2	3	4
17	¿(...) se adapta con facilidad a cambios inesperados del día a día? *(como por ejemplo quedarse al cuidado de otras personas)*	1	2	3	4
18	¿Ha notado que (...) es tímido?	1	2	3	4
19	¿A (...) se le hace fácil conversar con personas que recién conoce? *(Personas extrañas para el niño)*	1	2	3	4

SECCIÓN XIV. PARTE A. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA - PARA MADRES O CUIDADORES PRINCIPALES EN AUSENCIA PERMANENTE DE LA MADRE

En esta parte final de la entrevista, es importante conocer sobre su estado emocional, su estado de ánimo, sus sentimientos y sus emociones

1401. En los últimos 7 días ¿qué tan seguido:

Ninguna vez (cero días) 1
Pocas veces (1 a 2 días) 2
Muchas veces (3 a 4 días) 3
Casi todo el tiempo (5 a 7 días) 4

	CÓDIGO
1. Ha sentido poco interés o deseos de hacer las cosas?	
2. Se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanzas?	
3. Ha tenido problemas para permanecer o quedarse dormida, o ha dormido demasiado?	
4. Se ha sentido cansada o sin energía?	
5. Se ha sentido sin apetito o que ha comido en exceso?	
6. Se ha sentido mal con usted misma, o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted misma o con su familia?	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades tales como leer el periódico o ver televisión?	
8. Se ha movido o hablado tan lento que otras personas pudieron haberlo notado; o, lo contrario, muy inquieta o agitada que ha estado moviéndose más de lo normal?	

SI REGISTRÓ CÓDIGOS 2, 3 ó 4 EN CUALQUIERA DE LAS ALTERNATIVAS ANTERIORES CONTINÚE CON PREG 1402; CASO CONTRARIO SI TODO REGISTRO CÓDIGO 1 PASE SECCIÓN XIV	CÓDIGO
1402. Por las molestias que ha sentido durante los últimos 7 días, ¿qué tan difícil ha sido para usted realizar su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas? No ha sido difícil.....1 Un poco difícil .....2 Muy difícil .....3 Extremadamente difícil..... 4	

SECCIÓN XIV. PARTE B. BUEN TRATO - SOLO PARA MADRES O CUIDADORES PRINCIPALES EN AUSENCIA PERMANENTE DE LA MADRE

1403. Pensando en su niñez, antes de que cumpliera 15 años, ¿alguna vez usted vio o escuchó a su padre o madre, padrastro o madrastra maltratarse física o verbalmente?	1404. En el hogar dónde usted creció, ¿se trataban con respeto y amor?	1405. Pensando en su niñez, antes de que cumpliera 15 años, ¿sus padres le maltrataron física o verbalmente?
SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9	SI..... 1 NO..... 2 NS/NR..... 9