

ANEXOS

Anexo 1. Estructura del cuestionario de médicos y enfermeras de instituciones de gobierno en la Eninplaf

I. Antecedentes laborales y educativos

1. Otorgamiento de consultas de PF.
2. Cargo.
3. Tipo de contratación.
4. Antigüedad.
5. Experiencia laboral previa.
6. Formación profesional.
7. Institución donde realizó servicio social: estado de la república y zona rural o urbana.
8. Estudios de posgrado o especialización.

II. Apoyo institucional

1. Cursos o capacitación en PF: fecha del último curso, institución que lo impartió, temas tratados, interés en tomar algún otro y sobre qué temas.
2. Supervisión: de qué nivel recibió la última, qué actividades de PF se supervisaron principalmente y opinión sobre supervisión.
3. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 1994: si conoce su existencia, si la unidad cuenta con un ejemplar, si conoce el contenido, si la consulta regularmente, tres temas que considere más importantes, opinión sobre la norma y si recibió capacitación para su manejo.
4. Metas de PF: si la unidad tiene metas, si el entrevistado tiene metas asignadas, en qué consisten y si está de acuerdo. En caso negativo, razones de desacuerdo. Si está de acuerdo en cómo se establecen y cómo las establecería.

III. Actividades generales y sobre planificación familiar

1. Actividades que realiza: atención al embarazo, parto y puerperio, PF, atención a menores de 5 años, cesáreas, resolución de aborto incompleto, cirugía menor y mayor, información o consejería y actividades de capacitación. Definición de las tres más importantes. Número de pacientes por semana.
2. Consulta de PF: preferencia o no por darla, métodos que puede dar o recetar.
3. Inserción de DIU en posparto y postaborto, realización de OTB en posparto, postaborto o cesárea, realización de vasectomía e inserción de Norplant, consejería sobre ritmo, relación con la comunidad para PF y apoyo de miembros de la comunidad.

IV. Percepción sobre actitudes de la población

1. Si las personas piden métodos o se les ofrecen.
2. Métodos más solicitados.
3. Características de los métodos sobre las que recibe más preguntas: efectividad,
4. efectos colaterales, reversibilidad y facilidad de uso.

5. Comprensión de los usuarios sobre forma de acción métodos: si considera es importante, motivos, porcentaje de personas considera podrían entender la forma en que actúan los métodos y métodos que causan mayor temor en la población.

V. *Lactancia, posparto y OTB*

1. Opiniones en torno a la lactancia:

- a) Si las mujeres deben amamantar a sus hijos o no.
- b) Recomendaciones en caso diarrea lactantes (suspensión de lactancia o no).
- c) Relación entre ablactación y amenorrea.
- d) Efectividad de la lactancia exclusiva como método anticonceptivo.

2. Opiniones en torno al posparto:

- a) Momento para iniciar el uso de un método después del parto.
- b) Momento para iniciar el uso de un método después de un aborto no complicado.
- c) Responsabilidad del médico y/o de la enfermera con relación a la PF en el posparto y postaborto inmediato
- d) Acuerdo o desacuerdo en que la inserción del DIU en el posparto sea sólo una decisión médica.

3. Opiniones en torno a la OTB:

- a) Si recomendaría un método definitivo a una mujer que no debe o no quiere tener más hijos y por qué.
- b) Si considera se requiere una edad mínima y una paridad mínima.
- c) Si después del parto es adecuado ofrecer un método definitivo.

VI. *Opinión y ambiente social*

1. Atención a hombres en edad fértil: consejería en PF y vasectomía.
2. Adolescentes: porcentaje de adolescentes hombres y mujeres solteros en consulta PF.
3. Número máximo de hijos que convendría por motivos de salud y por motivos económicos.
4. Edad mínima al primer hijo.
5. Edad máxima al último hijo.
6. Periodo intergenésico.
7. Opinión sobre ventaja más importante de la PF.
8. Mensajes percibidos en el último mes en TV o radio (sobre retraso edad al matrimonio y constitución de la descendencia, institución que los emite, opinión sobre utilidad para población y opinión sobre incidencia en motivación a la población a acudir a centros de salud a solicitar información).

VII. *Características personales del entrevistado(a)*

1. Sexo.
2. Edad.
3. Número de hijos.
4. Uso de PF.
5. Métodos utilizados.
6. Estado civil actual.

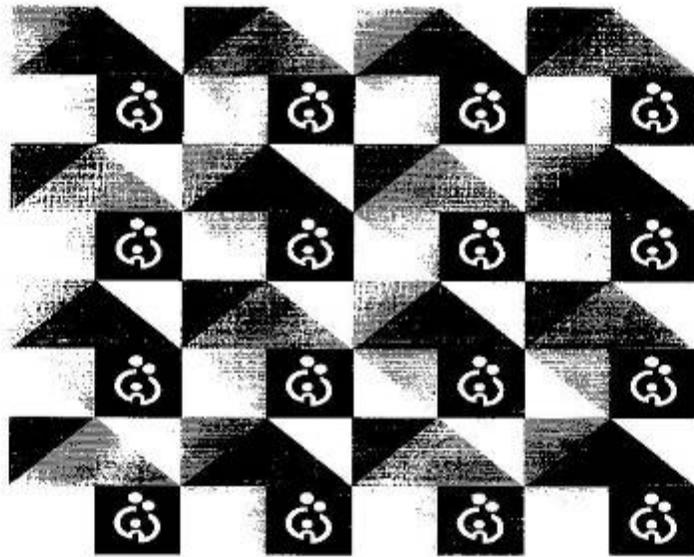
VIII. *Recomendaciones según casos clínicos*

1. Anticoncepción antes del primer hijo para parejas recién unidas (método adecuado).

2. Anticoncepción en adolescentes solteros (métodos adecuados).
3. Si hay algún método que jamás recomendaría y motivos.
4. Anticoncepción no hormonal para una mujer en lactancia (recomendaciones).
5. Anticoncepción no DIU para una mujer en lactancia (recomendaciones).
6. Listado criterios de salud de la mujer para prescripción de métodos:
7. contraindicaciones, precauciones o no interfiere con uso del método.
8. Criterios más difíciles de diagnosticar y razones.
9. Signos y síntomas que llevan a sospechar que una mujer que solicita PF puede ser diabética, ha tenido una trombosis venosa profunda, hemorragia uterina anormal, diagnóstico de infección del tracto genital (acciones a seguir) cáncer cérvico uterino, cáncer mamario y cómo investiga si una mujer solicitante de PF está embarazada.

LAS INSTITUCIONES EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

CUESTIONARIO DE MÉDICOS PRIVADOS
1996



Consejo Nacional de Población

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION
LAS INSTITUCIONES EN LA PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO
CUESTIONARIO DE MEDICOS PRIVADOS

DATOS DE IDENTIFICACION

Entidad Federativa _____

Municipio _____

Localidad _____

Tipo _____

01) Consultoria _____

02) Clínica _____
(ESPECIFIQUE NOMBRE)

03) Hospital _____
(ESPECIFIQUE NOMBRE)

Dirección _____
Calle, avenida, carretera o camino

No. exterior _____ No. interior _____ Colonia _____ C.P. _____

Entre las calles de _____ y _____

Teléfono _____

VISTAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4
FECHA	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR				
NUMERO DEL ENTREVISTADOR	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HORA DE INICIO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
HORA DE TERMINO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
DURACION	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
RESULTADO	____/____	____/____	____/____	____/____

Código de resultado

01 Entrevista completa 03 Se negó a dar información

02 Entrevista incompleta 04 Otros (ante en observaciones)

OBSERVACIONES

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	GRABADO POR
NOMBRE				
NUMERO	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
FECHA	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>	____/____/____ <small>DIA MES</small>

1. ANTECEDENTES LABORALES Y EDUCATIVOS

<p>1.1 ¿Da usted consultas de planificación familiar?</p>	<p>Si1 No2 NR9</p>	<p>—> TERMINE LA ENTREVISTA</p>
<p>1.2 ¿Cuál es su formación profesional?</p>	<p>Licenciatura en medicina1 Pasante en medicina2 Otros3 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR9</p>	
<p>1.3 ¿En qué institución realizó su servicio social?</p>	<p>SSA1 IMSS2 ISSSTE3 Otro4 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) Lo está realizando actualmente5 No lo ha realizado6 NR9</p>	<p>—> 1.6</p>
<p>1.4 ¿En qué estado de la república realizó su servicio social?</p>	<p>Estado _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR99</p>	
<p>1.5 ¿Realizó usted su servicio social en una zona rural o urbana?</p>	<p>Zona rural1 Zona urbana2 NR9</p>	
<p>1.6 ¿Ha realizado estudios de posgrado o especialización?</p>	<p>Si1 No2 NR9</p>	<p>—> 2.5</p>

II. APOYO INSTITUCIONAL

<p>2.1 ¿Ha recibido usted algún tipo de curso o capacitación en planificación familiar?</p>	<p>Sí1 No2 NR9</p>	<p>]-> 2.5</p>
<p>2.2 ¿Hace cuánto tiempo recibió por última vez un curso de capacitación en planificación familiar?</p>	<p style="text-align: center;">_____ años</p> <p>Menos de un año00 NR99</p>	
<p>2.3 ¿Qué institución le dió esa capacitación en planificación familiar?</p>	<p>IMSS1 SSA2 ISSSTE3 Escuela de Medicina4</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>Otra5</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NR9</p>	
<p>2.4 ¿Me puede mencionar los temas que se incluyeron en el último curso que usted recibió?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE</p> </div>	<p>Planificación familiar en general1 Metodología anticonceptiva2 Consejería en planificación familiar3 Salud reproductiva en general4 Salud reproductiva en adolescentes5 Educación sexual6 Atención a adolescentes7 Hormonales orales8 Hormonales inyectables9 Inserción del dispositivo intrauterino (DIU)10 Vasectomía11 Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)12 Inserción de implantes subdérmicos (Norplant)13 Otro14</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p> <p>NR99</p>	
<p>2.5 ¿Sabe de la existencia de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar expedida en mayo de 1994?</p>	<p>Sí1 No2 NR9</p>	<p>]-> 3.1</p>

2.6	¿Cuenta usted con un ejemplar de esta norma?	Sí 1 No 2 NR 9										
2.7	¿Conoce usted el contenido de la norma?	Sí 1 No 2 NR 9] -> 3.1									
2.8	¿Consulta la norma regularmente?	Sí 1 No 2 NR 9										
2.9	Del contenido de la norma ¿cuáles son los tres temas que considera más importantes?	1 _____ _____ _____ 2 _____ _____ _____ 3 _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR 9										
2.10	En su opinión la norma ¿es:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí</td> <td style="text-align: right;">No</td> </tr> <tr> <td>completa?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>comprensible?</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	completa?	1	2	comprensible?	1	2	
	Sí	No										
completa?	1	2										
comprensible?	1	2										
2.11	¿Recibió usted alguna capacitación para el manejo de esta norma?	Sí 1 No 2 NR 9										

III. ACTIVIDADES GENERALES Y SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

<p>3.1 ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza usted:</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>consulta (o clínica) prenatal?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta a mujeres en el puerperio?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta (o clínica) de planificación familiar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>consulta al menor de 5 años?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>otro tipo de consulta general?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>atención al parto (vaginal)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>operaciones cesáreas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>resolución del aborto incompleto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>cirugía menor (ambulatoria)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>cirugía mayor?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>información o consejería?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>actividades de capacitación?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No		consulta (o clínica) prenatal?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta a mujeres en el puerperio?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta (o clínica) de planificación familiar?	1	2	<input type="checkbox"/>	consulta al menor de 5 años?	1	2	<input type="checkbox"/>	otro tipo de consulta general?	1	2	<input type="checkbox"/>	atención al parto (vaginal)?	1	2	<input type="checkbox"/>	operaciones cesáreas?	1	2	<input type="checkbox"/>	resolución del aborto incompleto?	1	2	<input type="checkbox"/>	cirugía menor (ambulatoria)?	1	2	<input type="checkbox"/>	cirugía mayor?	1	2	<input type="checkbox"/>	información o consejería?	1	2	<input type="checkbox"/>	actividades de capacitación?	1	2	<input type="checkbox"/>	<p>De las actividades que mencionó ¿Cuáles son las tres actividades que ocupan la mayor parte de su tiempo en orden de importancia?</p>
	Sí	No																																																				
consulta (o clínica) prenatal?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta a mujeres en el puerperio?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta (o clínica) de planificación familiar?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
consulta al menor de 5 años?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
otro tipo de consulta general?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
atención al parto (vaginal)?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
operaciones cesáreas?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
resolución del aborto incompleto?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
cirugía menor (ambulatoria)?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
cirugía mayor?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
información o consejería?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
actividades de capacitación?	1	2	<input type="checkbox"/>																																																			
<p>3.2 Aproximadamente, ¿cuántos pacientes atiende por semana?</p>	<p>Pacientes por semana <input type="text"/></p> <p>Ninguno 00</p> <p>NR 99</p>																																																					
<p>3.3 ¿Cuál es el tiempo promedio de una consulta por paciente?</p>	<p><input type="text"/></p> <p>Min.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 999</p>																																																					

<p>3.4 ¿Cuánto tiempo espera en promedio un paciente desde que llega al consultorio hasta que sale de la consulta?</p>	<p style="text-align: center;">  Min. </p> <hr/> <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">(TEXTUAL)</p> NR999																			
<p>3.5 ¿Cuánto cobra por una consulta de planificación familiar?</p>	Costo Pesos  NR999																			
<p>3.6 En relación a la consulta que da de planificación familiar, ¿prefiere dar la consulta, no tiene preferencia o preferiría no darla?</p>	prefiere dar la consulta1 no tiene preferencia2 preferiría no darla3 NR9																			
<p>3.7 De los métodos de planificación familiar ¿puede usted dar o recetar:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>hormonales orales?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>hormonales inyectables?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>condones?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>espermicidas?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td></td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	hormonales orales?	1	2	hormonales inyectables?	1	2	condones?	1	2	espermicidas?	1	2	NR		9	
	Sí	No																		
hormonales orales?	1	2																		
hormonales inyectables?	1	2																		
condones?	1	2																		
espermicidas?	1	2																		
NR		9																		
<p>3.8 ¿Realiza usted inserción de dispositivo intrauterino (DIU)?</p>	Sí1 No2 NR9] → 3.13																		
<p>3.9 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)</p>	Sí1 No2 NR9] → 3.13																		
<p>3.10 ¿Realiza usted inserciones:</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>en el posparto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el posaborto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	en el posparto inmediato?	1	2	en el posaborto inmediato?	1	2										
	Sí	No																		
en el posparto inmediato?	1	2																		
en el posaborto inmediato?	1	2																		

3.11 ¿Qué tipo de dispositivo intrauterino (DIU) coloca?	TCU 3801 TCU 2002 Otro _____ _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR9													
3.12 ¿Cuánto cobra por colocar un dispositivo? ¿Por revisar un dispositivo? ¿Y por el dispositivo?	Por colocar Pesos _____ Nada000 Por revisar Pesos _____ Nada000 Por DIU Pesos _____ Nada000													
3.13 ¿Realiza usted Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)?	Sí1 No2 NR9] -> 3.17												
3.14 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)	Sí1 No2 NR9] -> 3.17												
3.15 ¿Usted realiza la OTB:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>en el posparto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>en el posaborto inmediato?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>durante la operación cesárea?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Sí	No	en el posparto inmediato?	1	2	en el posaborto inmediato?	1	2	durante la operación cesárea?	1	2	
	Sí	No												
en el posparto inmediato?	1	2												
en el posaborto inmediato?	1	2												
durante la operación cesárea?	1	2												
3.16 ¿Cuánto cobra por realizar una OTB?	Costo Pesos _____													
3.17 ¿Realiza usted vasectomía?	Sí1 No2 NR9] -> 3.19												
3.18 ¿Cuánto cobra por realizar una vasectomía?	Costo Pesos _____													

3.19 ¿Realiza usted inserción de implantes subdérmicos (como Norplant)?	Si1 No2 NR9	
3.20 ¿Da usted consejería sobre la práctica del ritmo como método de planificación familiar (abstinencia periódica, Billings, temperatura)?	Si1 No2 NR9	

IV. PERCEPCIÓN SOBRE ACTITUDES DE LA POBLACION

<p>4.1 Generalmente las personas que quieren un método de planificación familiar ¿se lo piden o usted se los ofrece?</p>	<p>La mayoría lo pide 1 En la mayor parte de los casos, ella (él) lo ofrece 2 Es igual 3 NR 9</p>	
<p>4.2 En orden de importancia, me puede decir ¿cuáles son los métodos anticonceptivos que más le solicitan?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>NUMERE EN ORDEN DE IMPORTANCIA</p> </div>	<p>Oclusión Tubaria Bilateral <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> Hormonales orales <input type="checkbox"/> Hormonales inyectables <input type="checkbox"/> Implante subdérmico (Norplant) <input type="checkbox"/> Condones <input type="checkbox"/> Espermicidas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ (ESPECIFIQUE) NR 99</p>	
<p>4.3 De las siguientes características de los métodos : efectividad (prevención de embarazos), efectos colaterales (seguridad), reversibilidad y facilidad de uso,</p> <p>¿Me podría indicar sobre cuál le preguntan con mayor frecuencia sus pacientes?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CIRCOLE SOLO UNA OPCION</p> </div>	<p>Efectividad (prevención de embarazo) 1 Efectos colaterales (seguridad) 2 Reversibilidad 3 Facilidad de uso 4 NR 9</p>	
<p>4.4 ¿Considera usted que es importante que las usuarias o los usuarios entiendan la forma en que los métodos actúan para evitar un embarazo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 4.6</p>

<p>4.7 En orden de importancia, ¿cuáles son los métodos que con mayor frecuencia causan temor en la población?</p>	<p>PARA CADA UNO DE LOS MÉTODOS MENCIONADOS EN LA PREGUNTA ANTERIOR PREGUNTE:</p> <p>4.8 ¿Cuáles son los principales temores de la población en relación a (MÉTODO)?</p>
<p>Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Vasectomía <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Dispositivo intrauterino (DIU) <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Hormonales orales <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Hormonales inyectables <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Condón <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Espermicidas <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Otro _____ _____ (ESPECIFIQUE)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<p>_____</p>

V. LACTANCIA, POSPARTO Y OTB

<p>5.1 ¿En general, cree usted que las mujeres deben amamantar a sus hijos?</p>	<p>Sí 1 No 2 A veces 3 NR 9</p>	
<p>5.2 Si a un lactante se le está dando el pecho y le da diarrea ¿usted recomienda que la lactancia se suspenda temporalmente, definitivamente o que no se suspenda?</p>	<p>Temporal 1 Definitiva 2 No suspensión 3 NS 8 NR 9</p>	
<p>5.3 La ablactación (incorporación de otros alimentos al niño), durante la lactancia ¿afecta la duración de la amenorrea?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	
<p>5.4 Utilizando la lactancia exclusiva como método anticonceptivo, ¿qué tan frecuente es que se embaracen las mujeres durante los primeros seis meses?</p>	<p>Muy frecuente 1 Frecuente 2 Poco frecuente 3 Nunca sucede 4 NR 9</p>	
<p>5.5 Después de un parto normal, ¿cuál cree usted que sea el momento más conveniente para que una mujer empiece a utilizar un método anticonceptivo?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	
<p>5.6 Después de un aborto no complicado, ¿cuál cree usted que sea el momento más conveniente para que una mujer empiece a utilizar un método anticonceptivo?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	
<p>5.7 FILTRO: EL MEDICO ATIENDE PARTOS O RESUELVE ABORTOS INCOMPLETOS (VER PREGUNTA 3.1)</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 5.9</p>
<p>5.8 En esta unidad ¿cuál es su responsabilidad como médico (enfermera) en relación a la planificación familiar en el posparto y en el posaborto inmediato (antes del alta)?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ (TEXTUAL) NR 9</p>	

<p>5.9 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo en que la inserción del dispositivo intrauterino en el posparto sea sólo una decisión médica?</p>	<p>De acuerdo 1 En desacuerdo 2 Depende de la situación 3</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NR 9</p>	
<p>5.10 Si una mujer no debe o no quiere tener más hijos, ¿le recomendaría un método definitivo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	<p>→ 5.12</p>
<p>5.11 ¿Por qué no le recomendaría un método definitivo?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>NR 9</p>	
<p>5.12 Para prescribir un método definitivo ¿usted considera que debe de haber una edad mínima?</p>	<p>Sí 1</p> <p>¿Cuál? años</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>No 2 NR 9</p>	
<p>5.13 ¿Para prescribir un método definitivo, debe haber una paridad mínima?</p>	<p>Sí 1</p> <p>¿Cuál? años</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(TEXTUAL)</p> <p>No 2 NR 9</p>	
<p>5.14 Durante el trabajo de parto ¿cree usted que es adecuado ofrecer un método definitivo?</p>	<p>Sí 1 No 2 NR 9</p>	