

Cuestionario de Salud de Adolescentes (10 a 19 años)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____

AGEB _____

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM _____

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA _____

3. CONTROL DE HOGARES

HOGAR ____ DE ____ EN LA VIVIENDA

4. RESULTADO FINAL

RESULTADO DÍA MES

CÓDIGOS:

- a. Completa
- b. Seleccionado(a) con edad fuera de rango
- c. Incompleta

5. DATOS DE LA PERSONA SELECCIONADA

NOMBRE _____

NÚMERO DE RENGLÓN EDAD

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 37, párrafo primero de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los datos que proporcionen para fines estadísticos los Informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico.”

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: “Los informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas”.

RESPECTO A LAS PERSONAS

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

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE EL NOMBRE, NÚMERO DE RENGLÓN, SEXO Y EDAD DEL (DE LA) INFORMANTE Y VERIFICA CON ÉL (ELLA) ESTOS DATOS.

Nombre _____ N.R.

Sexo H M

Edad

SECCIÓN I. FACTORES DE RIESGO

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS

Te haré unas preguntas sobre consumo de tabaco y alcohol.

1.1 ¿Has fumado por lo menos 100 cigarrillos (5 cajetillas) de tabaco durante toda tu vida?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
 NO..... 2
 No responde..... 8
 No sabe..... 9

1.2 Actualmente ¿fumas tabaco...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?..... 1 → Pasa a 1.5
 algunos días?..... 2
 no fumas actualmente?..... 3 → Pasa a 1.4
 No responde..... 8 → Pasa a 1.9

1.3 En el pasado, ¿has fumado tabaco todos los días?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1 → Pasa a 1.5
 NO..... 2 → Pasa a 1.6a
 No responde..... 8 → Pasa a 1.9

1.4 En el pasado, ¿has fumado productos del tabaco...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?..... 1 } Pasa a 1.7
 algunos días?..... 2 }
 nunca has fumado?..... 3 } Pasa a 1.9
 No responde..... 8 }

1.5 ¿A qué edad comenzaste a fumar productos del tabaco todos los días?

ANOTA NÚMERO

Edad

Antes de los 12 años..... 97
 Entre los 13 y 19 años..... 98
 Nunca ha fumado tabaco todos los días..... 99

ENTREVISTADOR: SI EN 1.2 TIENE CÓDIGO 1, PREGUNTA 1.6; SI ES CÓDIGO 2, PREGUNTA 1.6a

1.6 En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente por día?

ANOTA NÚMERO

Cigarros por día → Pasa a 1.8

1.6a En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente por semana?

ANOTA NÚMERO

Cigarros por semana → Pasa a 1.8

1.7 ¿Hace cuánto tiempo dejaste definitivamente de fumar?

CRUZA UN CÓDIGO Y ANOTA NÚMERO

		Tiempo
Años.....	1	<input type="text"/> <input type="text"/>
Meses.....	2	<input type="text"/> <input type="text"/>
Semanas.....	3	<input type="text"/> <input type="text"/>
Días.....	4	<input type="text"/> <input type="text"/>
Menos de 1 día.....	5	
No responde.....	8	

1.8 Algunas marcas de cigarros tienen una cápsula en el filtro que, al romperse, da sabor al humo. ¿Alguna vez fumaste un cigarro con cápsula de sabor?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	
NO.....	2	→ Pasa a 1.9

1.8a ¿Ha sido en los últimos 30 días?

SÍ.....	1
NO.....	2

1.9 Los cigarros electrónicos son productos que utilizan baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen como “e-cigarette”, “Vape-pen”, “e-shisha” y “e-pipes”.

¿Actualmente consumes cigarros electrónicos...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

todos los días?.....	1	} Pasa a 1.11
algunos días?.....	2	
actualmente no consumes?.....	3	
No conoce el cigarro electrónico.....	4	} Pasa a 1.11
No responde.....	8	

1.10 ¿Alguna vez, aunque haya sido una vez, usaste un cigarro electrónico?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8

1.11 ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una bebida alcohólica en tu vida (no incluye probaditas)?

ANOTA NÚMERO

	Edad
	<input type="text"/> <input type="text"/>
Antes de los 12 años.....	97
Entre los 13 y 19 años.....	98
Nunca ha tomado.....	99
No responde.....	88

→ Pasa a 2.1

1.12 Piensa en tu consumo de alcohol, ¿con qué frecuencia tomas, ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol?

CRUZA UN CÓDIGO

3 o más veces al día.....	01	1 vez al mes.....	08
2 veces al día.....	02	De 7 a 11 veces al año.....	09
1 vez al día.....	03	De 3 a 6 veces al año.....	10
Casi todos los días (5-6 veces por semana).....	04	2 veces al año.....	11
3 o 4 veces a la semana.....	05	1 vez al año.....	12
1 o 2 veces a la semana.....	06	Actualmente no toma.....	13
2 o 3 veces al mes.....	07	No sabe / No responde.....	99

ES HOMBRE, PREGUNTA:

1.13a ¿Con qué frecuencia tomas o has tomado cinco o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

ES MUJER, PREGUNTA:

1.13b ¿Con qué frecuencia tomas o has tomado cuatro o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

MUESTRA TARJETA 04 Y CRUZA UN CÓDIGO

A diario	01	3 a 6 veces al año.....	08
Casi a diario (5 - 6 veces por semana).....	02	2 veces al año.....	09
3 o 4 veces por semana	03	1 vez al año	10
1 a 2 veces por semana	04	Menos de 1 vez al año.....	11
2 a 3 veces al mes.....	05	Nunca	12
1 vez al mes.....	06	No sabe / No responde.....	99
7 a 11 veces al año.....	07		

OBSERVACIONES:

SECCIÓN II. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 12 A 19 AÑOS

Ahora te voy a hacer unas preguntas sobre el embarazo y conocimiento de métodos anticonceptivos.

2.1 ¿Conoces o has oído hablar de algún método para no embarazarse o no tener hijos?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	} Pasa a 2.7
NO.....	2	
No responde.....	8	

2.2 ¿De cuál(es) método(s) has oído hablar?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Condón o preservativo masculino.....	01	Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09
Condón femenino.....	02	Operación femenina, OTB	
Pastillas de anticoncepción de emergencia		o ligadura de trompas.....	10
o del día siguiente.....	03	Operación masculina o vasectomía.....	11
Pastillas o píldoras.....	04	Ritmo, calendario, abstinencia	
Inyecciones.....	05	periódica, termómetro, Billings.....	12
Parche anticonceptivo.....	06	Retiro o coito interrumpido.....	13
Dispositivo, DIU o aparato.....	07	Otro (<i>especifica</i>).....	14
Implantes, tubos o norplant.....	08		

ENTREVISTADOR:

- SI RESPONDIÓ QUE HA OÍDO HABLAR DEL CONDÓN MASCULINO (2.2=01) → CONTINÚA
- SI RESPONDIÓ QUE HA OÍDO HABLAR DE LAS PASTILLAS DE EMERGENCIA (2.2=03) → PASA A 2.6

2.3 ¿Has visto alguna vez un condón o preservativo masculino?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8

2.4 ¿Cuántas veces se puede usar un mismo condón masculino?

CRUZA UN CÓDIGO

Una sola vez.....	1
Otro (<i>especifica</i>).....	2
No responde.....	8
No sabe.....	9

2.5 ¿Para qué se utiliza el condón masculino?

CRUZA UN CÓDIGO

Para prevenir un embarazo	1	Para prevenir un embarazo y una	
Para prevenir una infección de		infección de transmisión sexual	3
transmisión sexual	2	No responde.....	8
		No sabe.....	9

2.6 Después de tener relaciones sexuales sin protección, ¿cuál es el tiempo máximo para utilizar anticonceptivos de emergencia y tener buenos resultados?

ANOTA NÚMERO

Días

Menos de un día.....	00
No responde.....	88
No sabe.....	99

2.7 ¿Cuáles de los siguientes métodos crees que sirvan para evitar una infección de transmisión sexual o VIH/ SIDA...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NS
a. Condones?.....	1	2	9
b. Retiro o venirse afuera?.....	1	2	9
c. Pastillas o píldoras?.....	1	2	9
d. Relaciones solo con tu pareja?.....	1	2	9
e. No tener relaciones sexuales?.....	1	2	9

2.8 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

ANOTA NÚMERO

Edad

No ha tenido relaciones sexuales.....	00	Pasa a filtro antes de 2.18
No responde.....	88	
No recuerda.....	99	

2.9 ¿Qué edad tenía tu pareja de esa primera relación sexual?

ANOTA NÚMERO

Edad

No responde.....	88
No sabe.....	99

2.10 La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿qué hicieron o usaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Condón o preservativo masculino.....	01	Pasa a 2.12
Condón femenino.....	02	
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03	
Pastillas o píldoras.....	04	
Inyecciones.....	05	
Parche anticonceptivo.....	06	
Dispositivo, DIU o aparato.....	07	
Implantes, tubos o norplant.....	08	
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09	

Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings.....	10	Pasa a 2.12
Retiro o coito interrumpido.....	11	
Otro (específica).....	12	
<input type="text"/>		
Nada.....	13	Pasa a 2.12
No responde.....	88	
No recuerda.....	99	

2.11 ¿Cuál fue la razón principal por la que tú o tu pareja no hicieron o usaron algo para protegerse o evitar un embarazo?

CRUZA UN CÓDIGO

Buscaban el embarazo.....	01
No conocía los métodos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos.....	02
No planeaba tener relaciones sexuales.....	03
No creyó que podía darse el embarazo.....	04
Se opuso su pareja.....	05

Le dio pena decirle a su pareja que usara algún método.....	06
Le dio temor de lo que pensara su pareja.....	07
Otra (específica).....	08
<input type="text"/>	
No responde.....	88

2.12 ¿Fuiste presionada(o) o forzada(o) para tener esa primera relación sexual?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2
No responde..... 8

2.13 ¿Has tenido más de una relación sexual en tu vida?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2
No responde..... 8

2.14 ¿Has tenido una relación sexual en los últimos tres meses?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2
No responde..... 8

2.15 En la última relación sexual, ¿qué utilizaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Condón o preservativo masculino..... 01 → Pasa a 2.17
Condón femenino..... 02
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente..... 03
Pastillas o píldoras..... 04
Inyecciones..... 05
Parche anticonceptivo..... 06
Dispositivo, DIU o aparato..... 07
Implantes, tubos o norplant..... 08
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma..... 09
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas..... 10

Operación masculina o vasectomía..... 11
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings..... 12
Retiro o coito interrumpido..... 13
Otro (*especifica*)..... 14

.....

Nada 15 → Pasa a 2.18
No responde..... 88
No recuerda..... 99

2.16 ¿Y además utilizaron condón masculino?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO 2
No responde..... 8 } Pasa a 2.18

2.17 ¿Por qué usaron condón?

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

Para prevenir infección por VIH..... 1
Para prevenir una infección de transmisión sexual diferente a VIH..... 2
Para prevenir un embarazo no deseado..... 3
Porque se lo pidió su pareja, aunque desconoce el motivo..... 4

Otro (*especifica*)..... 5

.....

No responde..... 8

ENTREVISTADOR:

- MUJERES DE 12 A 19 AÑOS, SI EN 2.8 RESPONDIÓ HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES → CONTINÚA
- MUJERES QUE NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL Y HOMBRES → PASA A 2.40

PARA MUJERES DE 12 A 19 AÑOS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

2.18 ¿Alguna vez has estado embarazada?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

1
2
8

 } Pasa a 2.40

NO.....

No responde.....

Considera el embarazo actual, aunque este sea el primero.

2.19 ¿Estás actualmente embarazada?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

1
2
8

NO.....

No responde.....

2.20 ¿Cuántos embarazos en total has tenido?

ANOTA NÚMERO

No responde.....

88

Embarazos

--	--

Considera el embarazo actual, aunque este sea el primero.

ENTREVISTADOR:

- SI EL EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMER EMBARAZO (PREGUNTA 2.19=1 Y 2.20=01) → PASA A 2.40

2.21 De estos embarazos, ¿cuántos han sido...

LEE Y ANOTA NÚMERO

a. pérdidas o abortos?.....

--	--

b. nacidos muertos?.....

--	--

c. nacidos vivos?.....

--	--

Si es uno o más, pregunta 2.21a; si es 00, pasa a 2.40

2.21a ¿Cuántos han fallecido...

d. antes de cumplir un año de edad?.....

--	--

e. después de cumplir un año de edad?.....

--	--

ENTREVISTADOR:

- SI TIENE AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO QUE NO HA FALLECIDO → CONTINÚA
- SI NO TIENE HIJOS NACIDOS VIVOS O FALLECIERON ANTES O DESPUÉS DE CUMPLIR UN AÑO → PASA A 2.40

Ahora te voy a preguntar por tu último(a) hijo(a) nacido vivo(a) y que sigue vivo(a).

2.22 ¿En que día, mes y año nació tu hijo(a)?

ANOTA NÚMERO

No recuerda día.....99

No responde.....88 88 8888

Día Mes Año

--	--

--	--

--	--	--	--

2.23 En total, ¿cuántas veces te revisaron durante tu último embarazo?

ANOTA NÚMERO

Número

Nunca la revisaron → Pasa a 2.28
 No sabe/ No recuerda.....

Si la revisó más de un personal de salud, anota el número de veces del personal más calificado

2.24 ¿Quién te revisó la mayoría de las veces durante tu embarazo?

CRUZA HASTA DOS CÓDIGOS

Médico
 Enfermera(o).....
 Promotor(a), auxiliar o asistente de salud.....
 Partera profesional técnica
 Partera tradicional o empírica

Otro personal de salud.....
 No responde.....
 No recuerda.....

2.25 ¿En qué institución o lugar te revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....
 ISSSTE.....
 ISSSTE Estatal.....
 Pemex.....
 Defensa/SEDENA.....
 Marina.....
 Centro de Salud u Hospital de la SSA (Seguro Popular).....
 IMSS Prospera.....

Consultorios dependientes de farmacias.....
 Consultorio, clínica u hospital privado.....
 Casa de la partera.....
 Casa de la entrevistada.....
 Otro lugar (*especifica*).....

 No responde.....

2.26 ¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?

ANOTA NÚMERO

Meses

No sabe/ No recuerda.....

2.27 Durante el embarazo, cuando visitaste al médico, enfermera(o) o algún otro personal de salud, ¿al menos una vez...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a. te midieron?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
b. te pesaron?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
c. te tomaron la presión arterial?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
d. te realizaron examen(es) general(es) de orina?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
e. te realizaron examen(es) de sangre?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
f. te midieron tu nivel de azúcar en sangre?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
g. te realizaron la prueba de detección de Sífilis (VDRL)?.....	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

Continúa...

Durante el embarazo, cuando visitaste al médico, enfermera(o) o algún otro personal de salud, ¿al menos una vez...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
h. te realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	9
i. te hicieron un ultrasonido?.....	1	2	9
j. te vacunaron contra el Tétanos?.....	1	2	9
k. te mandaron ácido fólico?.....	1	2	9
l. te mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio?.....	1	2	9
m. te ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión).....	1	2	9
n. te ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara tu embarazo?.....	1	2	9
o. te enseñaron o explicaron cómo dar a tu bebé leche materna?.....	1	2	9
p. te midieron la panza (fondo uterino)?.....	1	2	9

2.28 ¿Quién te atendió de tu último parto?

CRUZA UN CÓDIGO

Médico	01	Otro personal de salud.....	06
Enfermera(o).....	02	Otro.....	07
Promotor(a), auxiliar o asistente de salud.....	03	No responde.....	08
Partera profesional técnica	04	No recuerda.....	09
Partera tradicional o empírica	05	Nadie.....	10

2.29 ¿En dónde te atendieron durante tu último parto?

CRUZA UN CÓDIGO

Seguro Social (IMSS).....	01	Consultorios dependientes de	
ISSSTE.....	02	farmacias.....	09
ISSSTE Estatal.....	03	Consultorio, clínica u hospital privado.....	10
Pemex.....	04	Casa de la partera.....	11
Defensa/SEDENA.....	05	Casa de la entrevistada.....	12
Marina.....	06	Otro lugar (<i>especifica</i>).....	13
Centro de Salud u Hospital			
de la SSA (Seguro Popular).....	07		
IMSS Prospera.....	08	No recuerda.....	99

2.30 ¿Tuviste alguna complicación durante...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
el embarazo?.....	1	2
el parto?.....	1	2

*Si la respuesta en ambas opciones es 2 (No),
pasa a 2.32, de lo contrario, continúa.*

2.31 Durante tu último embarazo o parto, ¿te dijeron que tenías...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a. la presión alta?.....	1	2
b. amenaza de aborto?.....	1	2
c. azúcar alta en sangre o diabetes?.....	1	2
d. anemia?.....	1	2
e. una infección urinaria?.....	1	2
f. una infección de transmisión sexual?.....	1	2
g. infección por VIH o SIDA?.....	1	2
h. alguna otra enfermedad o padecimiento?.....	1	2

	SÍ	NO
i. preeclampsia o eclampsia?.....	1	2
j. sangrado vaginal abundante o hemorragia?.....	1	2
k. parto obstruido?.....	1	2
l. mala posición del bebé?.....	1	2
m. parto prematuro?.....	1	2
n. complicaciones debido a una enfermedad que ya tenías (como diabetes, presión alta, etc.)?.....	1	2

2.32 ¿Tu último parto fue...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

normal (vaginal)?	1
cesárea por urgencia?	2
cesárea programada?	3

2.33 Inmediatamente después del nacimiento, ¿pusieron a tu último(a) hijo(a) directamente sobre la piel desnuda de tu pecho?

MUESTRA LA TARJETA 05 Y CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No sabe.....	9

2.34 ¿Cuánto pesó al nacer tu hijo(a)?

ANOTA NÚMERO

kilos gramos

--	--	--	--

No lo(a) pesaron.....0000
No sabe.....9999

CRUZA EL CÓDIGO DE LA FUENTE DE INFORMACIÓN

De la cartilla del niño(a) o de otro documento	1
Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....	2

2.35 Cuando nació tu hijo(a), ¿era...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

muy grande?.....	1
más grande de lo normal?	2
de tamaño normal?	3
más pequeño(a) de lo normal?	4
muy pequeño(a)?	5

2.36 ¿Cuántos meses amamantaste a tu hijo(a)?

ANOTA NÚMERO

Tiempo

Periodo

Nunca le dio pecho.....00 0

Aún le da pecho.....88 8

No recuerda.....99 9

Periodo:

Días.....1

Meses.....2

2.37 En la primera semana, después del parto de tu último(a) hijo(a), ¿algún profesional de la salud te dio información sobre...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a. signos y síntomas de hemorragia?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
b. signos y síntomas de la preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto)?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
c. signos y síntomas de infecciones?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
d. signos y síntomas de trombosis o coágulos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
e. nutrición?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
f. lactancia materna?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
g. higiene, sobre todo lavado de manos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
h. métodos anticonceptivos (anticoncepción)?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
i. signos y síntomas de la depresión postnatal o postparto?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>
j. la importancia de que el bebé duerma boca arriba?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="9"/>

2.38 Después del nacimiento de tu hijo(a), ¿te proporcionaron un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde te atendieron?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí
 NO
 No recuerda

} Pasa a 2.40

2.39 ¿Qué método anticonceptivo te proporcionaron?

CRUZA UN CÓDIGO

Condón o preservativo masculino.....
 Condón femenino
 Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente
 Pastillas o píldoras.....
 Inyecciones.....
 Parche anticonceptivo
 Dispositivo, DIU o aparato
 Implantes, tubos o norplant
 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma
 Operación femenina, OTB o ligadura de trompas
 Operación masculina o vasectomía.....
 Otro (especifica)...
 No responde
 No recuerda

2.40 En los últimos 12 meses, ¿has recibido consulta médica para atenderte o recibir tratamiento para...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO	NR
a. Virus del Papiloma Humano (VPH)?	1	2	8
b. verrugas genitales?	1	2	8
c. gonorrea?	1	2	8
d. sífilis?	1	2	8
e. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	1	2	8
f. otra infección de transmisión sexual? (<i>específica</i>)....	1	2	8

2.41 ¿Te han realizado alguna vez la prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1	} Pasa a filtro antes de 2.43
NO	2	
No sabe / No responde	9	

2.42 ¿Conoces el resultado de la prueba?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1
NO	2
No responde	8

ENTREVISTADOR: APLICAR SOLO A MUJERES DE 12 A 19 AÑOS. SI ES HOMBRE, PASA A SECCIÓN 3

2.43 En los últimos 12 meses, ¿has tomado ácido fólico?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1
NO	2

SECCIÓN III. VACUNACIÓN**PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS****3.1 ¿Me puedes mostrar tu Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10-19 años, la Cartilla Nacional de Vacunación, el documento probatorio o comprobante en el que te registran las vacunas que te han aplicado?**

REVISA Y CRUZA UN CÓDIGO

- | | | |
|---|--------------------------|---------------|
| Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años)..... | <input type="checkbox"/> | } Pasa a 3.10 |
| Sí mostró la Cartilla Nacional de Vacunación..... | <input type="checkbox"/> | |
| Sí mostró documento probatorio o comprobante..... | <input type="checkbox"/> | |
| Sí la(s) tiene, pero no la(s) mostró | <input type="checkbox"/> | |
| Sí mostró la cartilla, pero no tiene información..... | <input type="checkbox"/> | |
| No tiene cartilla..... | <input type="checkbox"/> | |

PARA ADOLESCENTES QUE NO MOSTRARON CARTILLA O DOCUMENTO PROBATORIO

Las siguientes preguntas se refieren a todas las vacunas que te han aplicado durante tu adolescencia. Considera las vacunas que te aplicaron en la escuela, en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en tu casa.

3.2 ¿Te han aplicado la vacuna contra la Hepatitis B?

CRUZA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|
| Sí..... | <input type="checkbox"/> | } Pasa a 3.4 |
| NO..... | <input type="checkbox"/> | |
| No sabe / No responde..... | <input type="checkbox"/> | |

3.3 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

ANOTA CON NÚMERO

Número

No sabe / No responde.....9

3.4 ¿Te han aplicado la vacuna contra el Tétanos?

CRUZA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|
| Sí..... | <input type="checkbox"/> | } Pasa a 3.6 |
| NO..... | <input type="checkbox"/> | |
| No sabe / No responde..... | <input type="checkbox"/> | |

3.5 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

ANOTA CON NÚMERO

Número

No sabe / No responde.....9

3.6 ¿Te han aplicado la vacuna contra el Sarampión y la Rubéola (SR)?

CRUZA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|
| Sí..... | <input type="checkbox"/> | } Pasa a 3.8 |
| NO..... | <input type="checkbox"/> | |
| No sabe / No responde..... | <input type="checkbox"/> | |

3.7 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

ANOTA CON NÚMERO

Número

No sabe / No responde.....9

3.8 ¿Te han aplicado la vacuna contra el VPH (infección por el Virus del Papiloma Humano)

CRUZA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------|
| Sí..... | <input type="checkbox"/> | } Pasa a Sección IV |
| NO..... | <input type="checkbox"/> | |
| No sabe / No responde..... | <input type="checkbox"/> | |

3.9 ¿Cuántas veces te la han aplicado?

ANOTA CON NÚMERO

Número

No sabe / No responde.....9

} Pasa a Sección IV

PARA ADOLESCENTES QUE SÍ MOSTRARON CARTILLA O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

NOTA: si el entrevistado muestra la cartilla, pero no cuenta con información, registra código 2 (No) en "Dosis", según el esquema para la edad.

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS SÍ..... 1 NO.... 2	B) Fecha de aplicación			C) Institución que aplicó la vacuna
					Día	Mes	Año	
3.10 Hepatitis B (Los que no se han vacunado)	Primera		A partir de los 11 años					
	Segunda		4 semanas posteriores a la primera					
3.11 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	11 años de edad					
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial					
		Segunda	1 mes después de la primera dosis					
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis					
ENTREVISTADOR: <ul style="list-style-type: none"> • PREGUNTA 3.12 Y 3.13 PARA MUJERES ACTUALMENTE EMBARAZADAS O CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO (2.18=1) • PREGUNTA 3.15 PARA HOMBRES Y MUJERES SIN ANTECEDENTES DE EMBARAZO 								
3.12 Tdpa (Tétanos, Difteria y Tos Ferina)	Única		A partir de la semana 20 del embarazo					
3.13 Influenza Estacional (de septiembre de 2017 a la fecha)	Única		Cualquier trimestre del embarazo					
3.14 SR (Sarampión y Rubéola) Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto)	Sin antecedente vacunal	Primera	En el primer contacto					
		Segunda	4 semanas después de la primera					
	Con esquema incompleto	Dosis única	Al primer contacto					
3.15 VPH (infección por el Virus del Papiloma Humano, y Cáncer Cérvico-Uterino)	Primera		Mujeres en el 5º grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas					
	Segunda		6 meses después de la primera dosis					
	Tercera		60 meses después de la primera dosis					

3.16 Otras vacunas ANOTA EL NOMBRE (Textual, como aparece en Cartilla o documento probatorio)	ANOTA LA DOSIS	Fecha de aplicación ANOTA CON NÚMERO			Institución ANOTA EL CÓDIGO
		Día	Mes	Año	

CÓDIGOS INSTITUCIONALES

Seguro Social (IMSS).....	01	Marina	06	Escuela.....	11
ISSSTE.....	02	Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07	Otro lugar (<i>Específica</i>)	12
ISSSTE Estatal.....	03	IMSS Prospera	08		
Pemex.....	04	Consultorios dependientes de farmacias	09		
Defensa.....	05	Consultorio, clínica u hospital privado.....	10	No sabe / No responde	99

OBSERVACIONES:

SECCIÓN IV. CONDUCTAS ALIMENTARIAS

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS

Las siguientes preguntas que te voy a hacer están relacionadas con algunos problemas de alimentación.

4.1 ¿Con qué frecuencia, en los últimos tres meses... MUESTRA TARJETA 06, LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente (2 veces en una semana)	Muy frecuentemente (más de 2 veces en una semana)
a. te ha preocupado engordar?	1	2	3	4
b. en ocasiones, has comido demasiado?	1	2	3	4
c. has perdido el control sobre lo que comes?	1	2	3	4
d. has vomitado después de comer para bajar de peso?	1	2	3	4
e. has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4
f. has hecho dietas para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4
g. has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4
h. has usado pastillas para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4
i. has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4
j. has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?	1	2	3	4

ENTREVISTADOR: PIDE TARJETA AL INFORMANTE

OBSERVACIONES:

SECCIÓN V. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS

A continuación te mencionaré sentimientos o conductas que hayas podido experimentar, por favor, dime con qué frecuencia te has sentido así.

5.1 Durante la última semana...	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
MUESTRA TARJETA 07, LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN				
a. ¿sentías como si no pudieras quitarte de encima la tristeza?	1	2	3	4
b. ¿te costaba concentrarte en lo que estabas haciendo?	1	2	3	4
c. ¿te sentiste deprimido(a)?	1	2	3	4
d. ¿te parecía que todo lo que hacías era un esfuerzo?	1	2	3	4
e. ¿no dormiste bien?	1	2	3	4
f. ¿disfrutaste de la vida?	1	2	3	4
g. ¿te sentiste triste?	1	2	3	4

ENTREVISTADOR: PIDE TARJETA AL INFORMANTE

5.2 ¿Alguna vez te ha dicho un médico u otro personal de salud que padeces o has padecido depresión?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2 → Pasa a Sección VI

5.3 ¿Te mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2
No responde..... 8

5.4 Durante las últimas dos semanas, ¿has tomado algún medicamento o has seguido algún otro tipo de tratamiento para la depresión?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... 1
NO..... 2
No responde..... 8

SECCIÓN VI. ACCIDENTES

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS

6.1 En los últimos 12 meses, ¿sufriste algún daño a tu salud a causa de un accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... → Pasa a Sección VII
NO.....

6.2 ¿Cómo fue que te accidentaste?

CRUZA UN CÓDIGO

a. Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....
b. Choque en motocicleta.....
c. Choque o atropellamiento como ciclista.....
d. Atropellado como peatón → Pasa a 6.5
e. Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....
f. Caída a nivel de piso.....
g. Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....
h. Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....
i. Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....
j. Exposición a corriente eléctrica, radiación.....
k. Exposición a humo o fuego..... → Pasa a 6.5

l. Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....
m. Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....
n. Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....
o. Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....
p. Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....
q. Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....
r. Exposición accidental a otros factores.....
s. No sabe / No recuerda..... → Pasa a Sección VII

6.3 ¿Llevabas puesto el cinturón?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ..... → Pasa a 6.5
NO.....

6.4 ¿Llevabas puesto el casco?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....
NO.....

6.5 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Hogar.....
Escuela.....
Trabajo.....
Transporte público.....
Vía pública.....
Campo.....
Antro, bar.....
Centro recreativo o deportivo.....
Establecimiento comercial.....
Otro.....
No sabe / No recuerda.....

6.6 ¿Quién te atendió cuando ocurrió el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Familiar.....	01	Médico general (alópata).....	11
Amigo(a) / vecino(a).....	02	Médico especialista.....	12
Dependiente de la farmacia.....	03	Dentista.....	13
Curandero(a).....	04	Enfermera(o).....	14
Yerbero(a).....	05	Psicólogo(a).....	15
Huesero(a), sobador(a).....	06	Otro (<i>especifica</i>).....	16
Quiropráctico.....	07		
Médico homeópata.....	08		
Acupunturista.....	09	Nadie.....	17
Encargado(a) de la comunidad / promotor(a) / auxiliar de salud.....	10	No sabe / No recuerda.....	99

6.7 Cuando sufriste el accidente ¿estabas bajo los efectos de...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

alcohol?.....	1	No estaba bajo efectos del alcohol o drogas.....	4
drogas?.....	2	No responde.....	8
ambos?.....	3		

6.8 ¿Qué problema de salud permanente te ocasionó el accidente?

CRUZA UN CÓDIGO

Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda).....	1	Dificultad para hablar.....	4
Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....	2	Dificultad para ver o ceguera.....	5
Dificultad para oír.....	3	Otra limitación física o mental.....	6
		Ningún problema.....	7
		No sabe.....	9

OBSERVACIONES:

SECCIÓN VII. ATAQUE Y VIOLENCIA

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 19 AÑOS

7.1 En los últimos 12 meses, ¿has sido víctima de algún incidente en el que te atacaran o agredieran físicamente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....

1
2
8

 } Pasa a 7.9

NO.....

No responde.....

7.2 ¿Qué tipo de ataque o agresión fue?

CRUZA UN CÓDIGO

Agresiones con sustancias.....	<table border="1"><tr><td>01</td></tr></table>	01	Golpes, patadas, puñetazos.....	<table border="1"><tr><td>06</td></tr></table>	06
01					
06					
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento.....	<table border="1"><tr><td>02</td></tr></table>	02	Otro (<i>especifica</i>).....	<table border="1"><tr><td>07</td></tr></table>	07
02					
07					
Arma de fuego.....	<table border="1"><tr><td>03</td></tr></table>	03			
03					
Objetos cortantes.....	<table border="1"><tr><td>04</td></tr></table>	04			
04					
Empujón desde lugar elevado.....	<table border="1"><tr><td>05</td></tr></table>	05	No responde.....	<table border="1"><tr><td>88</td></tr></table>	88
05					
88					

7.3 ¿Cuál fue el principal motivo?

CRUZA UN CÓDIGO

Robo o asalto.....	<table border="1"><tr><td>01</td></tr></table>	01	Violencia con familiares.....	<table border="1"><tr><td>06</td></tr></table>	06
01					
06					
Incidente de tránsito.....	<table border="1"><tr><td>02</td></tr></table>	02	Acoso o riña escolar.....	<table border="1"><tr><td>07</td></tr></table>	07
02					
07					
Riña extraescolar.....	<table border="1"><tr><td>03</td></tr></table>	03	Otro (<i>especifica</i>).....	<table border="1"><tr><td>08</td></tr></table>	08
03					
08					
Secuestro.....	<table border="1"><tr><td>04</td></tr></table>	04			
04					
Detención.....	<table border="1"><tr><td>05</td></tr></table>	05	No responde.....	<table border="1"><tr><td>88</td></tr></table>	88
05					
88					

7.4 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió el ataque o la agresión?

CRUZA UN CÓDIGO

Nada o nadie.....	<table border="1"><tr><td>01</td></tr></table>	01	Médico, consultorio.....	<table border="1"><tr><td>07</td></tr></table>	07
01					
07					
Remedios caseros, automedicación.....	<table border="1"><tr><td>02</td></tr></table>	02	Clínica, sanatorio u hospital.....	<table border="1"><tr><td>08</td></tr></table>	08
02					
08					
Curandero(a) o yerbero(a).....	<table border="1"><tr><td>03</td></tr></table>	03	Otro (<i>especifica</i>).....	<table border="1"><tr><td>09</td></tr></table>	09
03					
09					
Huesero(a) o sobador(a).....	<table border="1"><tr><td>04</td></tr></table>	04			
04					
Encargado(a) de la comunidad.....	<table border="1"><tr><td>05</td></tr></table>	05	No responde.....	<table border="1"><tr><td>88</td></tr></table>	88
05					
88					
Psicólogo(a), terapeuta.....	<table border="1"><tr><td>06</td></tr></table>	06			
06					

7.5 ¿En que lugar ocurrió el ataque o la agresión?

CRUZA UN CÓDIGO

Hogar.....	<table border="1"><tr><td>01</td></tr></table>	01	Campo.....	<table border="1"><tr><td>06</td></tr></table>	06
01					
06					
Escuela.....	<table border="1"><tr><td>02</td></tr></table>	02	Centro recreativo o deportivo.....	<table border="1"><tr><td>07</td></tr></table>	07
02					
07					
Trabajo.....	<table border="1"><tr><td>03</td></tr></table>	03	Establecimiento comercial.....	<table border="1"><tr><td>08</td></tr></table>	08
03					
08					
Transporte público.....	<table border="1"><tr><td>04</td></tr></table>	04	Otro.....	<table border="1"><tr><td>09</td></tr></table>	09
04					
09					
Vía pública.....	<table border="1"><tr><td>05</td></tr></table>	05	No responde.....	<table border="1"><tr><td>88</td></tr></table>	88
05					
88					

7.6 Cuando sufriste el ataque o agresión, ¿estabas bajo los efectos de...

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO

alcohol?..... 1
drogas?..... 2
ambos?..... 3

No estaba bajo efectos del alcohol o
drogas..... 4
No responde..... 8

7.7 Quien te atacó, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o drogas?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí..... 1
NO..... 2
No responde..... 8
No sabe..... 9

7.8 ¿Quién fue la persona que te atacó?

CRUZA UN CÓDIGO

Pareja 1
Familiar..... 2
Amigo(a) 3
Novio(a) 4
Vecino(a) u otro(a) conocido(a)..... 5

Desconocido(a) 6
Policía 7
No responde..... 8

7.9 ¿A lo largo de tu vida, alguien te manoseó, tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo o tuvo relaciones sexuales contigo cuando eras muy pequeño(a)?

CRUZA UN CÓDIGO

Sí, antes de los 12 años..... 1
Sí, cuando tenía 12 o más años..... 2
No, nunca..... 3
No responde..... 8
No sabe / No recuerda..... 9

} Pasa a 7.16

7.10 ¿La persona que lo hizo era hombre o mujer?

CRUZA UN CÓDIGO

Hombre..... 1
Mujer..... 2
No responde..... 8

7.11 ¿Qué relación tenías con esa persona?

CRUZA UN CÓDIGO

Pareja 1
Familiar..... 2
Amigo(a)..... 3
Novio(a)..... 4
Vecino(a) u otro(a) conocido(a)..... 5

Desconocido(a)..... 6
Policía 7
No responde..... 8

7.12 ¿Quién te atendió después de que sucedió el ataque o agresión?

(Aclarar que el ataque se refiere al manoseo, caricias o relaciones sexuales en contra de su voluntad).

CRUZA UN CÓDIGO

Nadie lo(a) atendió.....	01	Médico, consultorio	07
Remedios caseros, automedicación.....	02	Clínica, sanatorio u hospital	08
Curandero(a) o yerbero(a).....	03	Otro (<i>especifica</i>).....	09
Huesero(a) o sobador(a).....	04		
Encargado(a) de la comunidad.....	05		
Psicólogo(a), terapeuta.....	06	No responde.....	88

7.13 ¿Tú o tu familia denunciaron a la persona que te agredió ante las autoridades?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	→ Pasa a 7.15
NO.....	2	
No responde.....	8	

7.14 ¿Por qué no denunciaste?

CRUZA UN CÓDIGO

Miedo.....	1	} Pasa a 7.16	Otro (<i>especifica</i>).....	5	} Pasa a 7.16
Vergüenza	2				
Amenazas.....	3				
No sabía que podía denunciar.....	4				
			No responde.....	8	
			No sabe.....	9	

7.15 ¿Ante qué autoridad denunciaste?

CRUZA UN CÓDIGO

Ministerio Público.....	1	Otro (<i>especifica</i>).....	4
DIF.....	2		
Síndico.....	3		

7.16 ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ	1	} Pasa a 7.17
NO	2	
No responde	8	

7.16a ¿Con qué frecuencia lo has pensando?

CRUZA UN CÓDIGO

Siempre o muy frecuentemente.....	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Rara vez	4
No responde.....	8

7.17a ¿Esto fue en los últimos 12 meses?

CRUZA UN CÓDIGO

1

2

3

Pasa a Sección VIII

1

[illegible]

9

CRUZA UNO O MÁS CÓDIGOS

01

02

03

2

04

7

05

06

07

08

09

.

1

•

100

CRUZA UN CÓDIGO

1

2

8

OBSERVACIONES:

SECCIÓN VIII. DISCIPLINA

PARA ADOLESCENTES (HOMBRE O MUJER) DE 10 A 14 AÑOS

Los adultos utilizan diversas maneras de enseñar a comportarse a los(as) niños(as) o adolescentes de responder a un problema de comportamiento. Te voy a leer varias maneras que se utilizan y me gustaría que me dijeras si han utilizado alguna de estas maneras contigo.

LEE Y CRUZA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

8.1 En el último mes...

	SÍ	NO	NR
A. ¿te quitaron permisos, te prohibieron algo que te gusta o no te dejaron salir de la casa?.....	1	2	8
B. ¿te explicaron que tu comportamiento estuvo mal?.....	1	2	8
C. ¿te zarandearon o sacudieron?.....	1	2	8
D. ¿te gritaron?.....	1	2	8
E. ¿te dieron otra cosa que hacer?.....	1	2	8
F. ¿te dieron nalgadas o te pegaron en el trasero solo con la mano?.....	1	2	8
G. ¿te pegaron en el trasero o en otra parte del cuerpo con algún objeto como un cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro?.....	1	2	8
H. ¿te llamaron tonto(a), flojo(a) o alguna otra cosa parecida?.....	1	2	8
I. ¿te pegaron con la mano en la cara, en la cabeza o en las orejas?.....	1	2	8
J. ¿te pegaron con la mano en el brazo, en la pierna o en la mano?.....	1	2	8
K. ¿te dieron una paliza, es decir, te pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron?.....	1	2	8

8.2 ¿Crees que para criar o educar correctamente a un niño(a) o un adolescente, él o ella debe ser castigado(a) físicamente?

CRUZA UN CÓDIGO

SÍ.....	1
NO.....	2
No responde.....	8
No sabe.....	9

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES: