

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT CONTINUA 2023)

Cuestionario de Salud de Adolescentes de 10 a 19 años

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____|_____|_____|_____|
MUNICIPIO/ALCANDIA _____|_____|_____|_____|
LOCALIDAD _____|_____|_____|_____|
AGEB.....|_____|_____|_____|-|_____|
MANZANA.....|_____|_____|_____|

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM.....|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
NÚMERO DE VIVIENDA
SELECCIONADA.....|_____|_____|

3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

TIPO Y NOMBRE DE VIALIDAD (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA,
CAMINO BOULEVARD o Km)

NÚMERO
EXTERIOR

NÚMERO
INTERIOR

TIPO Y NOMBRE DE ASENTAMIENTO
HUMANO
(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO,

CÓDIGO
POSTAL

4. CONTROL DE HOGARES Y CUESTIONARIO

HOGAR |_____| DE |_____| EN LA
VIVIENDA

CUESTIONARIO |_____| DE |_____|
DEL HOGAR

5. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

VISITA	RESULTADO*	FECHA		TIEMPO DE ENTREVISTA	
		DÍA	MES	INICIO	TÉRMINO
Nombre y clave del entrevistador					
1	__	__ __	__ __	__:	__:
2	__	__ __	__ __	__:	__:
3	__	__ __	__ __	__:	__:
4	__	__ __	__ __	__:	__:

*CODIGOS PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

- 01 ENTREVISTA COMPLETA
- 02 ENTREVISTA INCOMPLETA
- 03 INFORMANTE INADECUADO
- 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA)

- 05 AUSENCIA DE LA PERSONA SELECCIONADA
- 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN
- 07 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA
- 08 OTRO _____

ESPECIFICA

- 99 ADOLESCENTE QUE SE CONVIERTE EN ADULTO

SECCIÓN 1. FACTORES DE RIESGO

Te haré unas preguntas sobre consumo de tabaco

<p>1.1 Actualmente ¿fumas tabaco ...</p>	<p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">todos los días?.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 20%;">Pasa a 1.2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0101</div></td> </tr> <tr> <td>algunos días?.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Pasa a 1.4</td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>no fuma actualmente?.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Pasa a 1.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde?.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Pasa a 1.7</td> <td></td> </tr> </table>	todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0101</div>	algunos días?.....	2	→	Pasa a 1.4	_ _	no fuma actualmente?.....	3	→	Pasa a 1.5		No responde?.....	9	→	Pasa a 1.7																									
todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0101</div>																																									
algunos días?.....	2	→	Pasa a 1.4	_ _																																									
no fuma actualmente?.....	3	→	Pasa a 1.5																																										
No responde?.....	9	→	Pasa a 1.7																																										
<p>1.2 ¿A qué edad comenzaste a fumar productos del tabaco <u>todos los días</u>?</p> <p style="text-align: center;">SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=1</p>	<p>ANOTA NÚMERO</p> <p style="text-align: right;">Edad _ _ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0102</div></p> <p>Antes de los 12 años 97</p> <p>Entre los 12 y 19 años 98</p> <p style="text-align: center;">Cualquier respuesta pasa a 1.3</p>																																												
<p>1.3 En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente <u>por día</u>?</p> <p style="text-align: center;">SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=1</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Cigarros por día _ _ _ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0103</div></p> <p style="text-align: center;">Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>	<p>1.4 En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente <u>por semana</u>?</p> <p style="text-align: center;">SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=2</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">D0104</div> <p>Cigarros por semana _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>																																												
<p>1.5 En el pasado, ¿has fumado productos del tabaco ...</p> <p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0105</div></div> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">todos los días?.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 20%;">Pasa a 1.6</td> </tr> <tr> <td>algunos días?.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nunca ha fumado?.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td>Pasa a 1.7</td> </tr> <tr> <td>No responde?.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> </tr> </table>	todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.6	algunos días?.....	2	→		Nunca ha fumado?.....	3	→	Pasa a 1.7	No responde?.....	9	→		<p>1.6 ¿Hace cuánto tiempo dejaste definitivamente de fumar?</p> <p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106P</div></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106T</div></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>Años.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Tiempo _ _ </td> </tr> <tr> <td>Meses.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Semanas.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Días.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>Menos de un día.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td style="text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106P</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106T</div>		Años.....	1		Tiempo _ _	Meses.....	2		_ _	Semanas.....	3		_ _	Días.....	4		_ _	Menos de un día.....	5		_	No responde.....	9		_
todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.6																																										
algunos días?.....	2	→																																											
Nunca ha fumado?.....	3	→	Pasa a 1.7																																										
No responde?.....	9	→																																											
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106P</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0106T</div>																																											
Años.....	1		Tiempo _ _																																										
Meses.....	2		_ _																																										
Semanas.....	3		_ _																																										
Días.....	4		_ _																																										
Menos de un día.....	5		_																																										
No responde.....	9		_																																										
<p>1.7 Los cigarros electrónicos son productos que utilizan baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen comúnmente como “e-cigarrete” (pronunciado e-cigarret), “e-cig”, “vape” (veip o vape) o “vapeador”.</p> <p>¿Actualmente vapeas o consumes cigarros electrónicos ...</p> <p style="text-align: center;">(MUESTRA TARJETA CON IMAGEN)</p>	<p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">D0107</div></div> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">todos los días?.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">→</td> <td style="width: 20%;">Pasa a 1.2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td>algunos días?.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actualmente no consume.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No conoce el cigarro electrónico.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.2	_ _	algunos días?.....	2	→			Actualmente no consume.....	3	→			No conoce el cigarro electrónico.....	4	→			No responde.....	9	→																					
todos los días?.....	1	→	Pasa a 1.2	_ _																																									
algunos días?.....	2	→																																											
Actualmente no consume.....	3	→																																											
No conoce el cigarro electrónico.....	4	→																																											
No responde.....	9	→																																											

1.8 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomaste al menos una copa ya sea de vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol? | |
Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

D0108

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

(MUESTRA TARJETA)

Diario.....	1	} → Pasa a 1.9 (Hombre) o 1.10 (Mujer)
Semanal.....	2	
Mensual.....	3	
Anual.....	4	
No ha consumido en los últimos 12 meses.....	5	} → Pasa a 1.a.1
Nunca ha consumido.....	6	
No responde.....	9	

SI ES HOMBRE, PREGUNTA:

D0109

1.9 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomaste cinco o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

SI ES MUJER, PREGUNTA:

1.10 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomaste cuatro o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.

SELECCIONA UN CÓDIGO PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

D0110

Diario.....	1	} → Pasa a 1.11 (Hombre) o 1.12 (Mujer)
Semanal.....	2	
Mensual.....	3	
7 a 11 veces al año.....	4	
1 a 6 veces al año.....	5	
No en los últimos 12 meses.....	6	} → Pasa a 1.a.1
No responde.....	9	

SI ES HOMBRE:

1.11 En los últimos 30 días, ¿tomaste cinco o más copas de alcohol en al menos una ocasión?

Sí	1
No	2
No responde	9

D0111

SI ES MUJER:

1.12 En los últimos 30 días, ¿tomaste cuatro o más copas de alcohol en al menos una ocasión?

Sí	1
No	2
No responde	9

D0112


SECCIÓN 1.A USO DE SUSTANCIAS

PARA PERSONAS DE 12 A 19 AÑOS

FENTANILO

1.a.1 ¿Conoces o has escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?

Sí.....	1	}
No.....	2	
No sabe/No responde.....	9	



 Pase a 1.a.3

1.a.2 Me podrías decir, ¿con qué otro nombre conoces o has escuchado hablar del fentanilo?, considera cualquier sustancia que lo contenga.

**PUEDES SELECCIONAR
MÁS DE UNA OPCIÓN**

D01A02A
D01A02B
D01A02C
D01A02D
D01A02E
D01A02F
D01A02G
D01A02H
D01A02I
D01A02J

Fentanilo para uso médico.....	01
Heroína blanca.....	02
Heroína sintética.....	03
Chiva blanca.....	04
El fenta, fentanil.....	05
Pastillas M30.....	06
Fentanilo arcoíris (caramelos).....	07
China white.....	08
China girl.....	09
China town.....	10
Tango y cash.....	11
Apache.....	12
Dance fever.....	13
Friend.....	14
Gooddfellas.....	15
Jackpot.....	16
Murder 8.....	17
Great bear.....	18
He-Man.....	19
King ivory.....	20
Diablito.....	21
Solo como fentanilo.....	22
Otro (especifique).....	23
No sabe/No responde.....	99

[illegible]

USO DE SUSTANCIAS MÉDICAS

Primero haga las preguntas 1.a.3, 1.a.4 y 1.a.5 en forma vertical. Continúe preguntando en forma horizontal las preguntas 1.a.6 y 1.a.7

Ahora te preguntaré sobre el uso de algunas sustancias

<p>1.a.3 Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones. Me podrías decir si has tomado, usado, probado...</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe/No contesta</p> <p>PREGUNTA PRIMERO DE A-D, LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS COTINÚAN CON LA PREGUNTA 1.a.4</p> <p>SI EN TODOS LOS INCISOS LA RESPUESTA ES "NO, NO SABE/ NO CONTESTA" PASA A LA PREGUNTA 1.a.8</p>	<p>1.a.4 Principalmente, ¿cómo has usado (mencione medicamento o sustancia) fue...</p> <p>LEA CADA OPCIÓN</p> <p>1 Sin receta o en forma diferente a como lo indicó el médico? 2 Con receta médica y como lo indicó el médico? 9 No sabe/No contesta</p> <p>SI HA USADO MÁS DE UNA SUSTANCIA DEL GRUPO Y AL MENOS UNA SE USÓ SIN RECETA O EN FORMA DIFERENTE A COMO LO INDICÓ EL MÉDICO REGISTRA CODIGO 1.</p> <p>PREGUNTA PRIMERO DE A-D. LOS CÓDIGO 1, COTINÚAN CON LA PREGUNTA 1.a.5</p> <p>SI LA RESPUESTA ES CÓDIGO 2 O 3 PASA AL SIGUIENTE INCISO, ÚLTIMO PASA A 1.a.8</p>	<p>1.a.5 ¿Qué edad tenías cuando usaste (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica por primera vez?</p> <p>Edad _ _ _ </p> <p>006 6 años o menos 111 Antes de los 12 años 119 Entre los 12 y 19 años 999 No sabe/No contesta.</p> <p>SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA", O "DESDE QUE ME ACUERDO" CONTINÚA PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS? ¿FUE ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS?</p>	<p>1.a.6 ¿Cuántas veces en tu vida has usado (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica?</p> <p>1 1-2 veces 2 3-5 veces 3 6-10 veces 4 11-49 veces 5 50 o más</p> <p>PASA A SIGUIENTE SUSTANCIA, ÚLTIMO INCISO PASA A 1.a.8</p>	<p>1.a.7 En los últimos 12 meses, ¿has usado (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica?</p> <p>1 Sí 2 No 9 No sabe/No contesta</p>
CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
<p>a) Opiáceos: para aliviar el dolor severo (grave, intenso) como la morfina, nubaín, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, buprenorfina, fentanilo, también conocidos como "fifi", "apolo", "nuvainaso".</p> <p>D01A03A</p> <p> _ </p>	<p>D01A04A</p> <p> _ </p>	<p>D01A05A</p> <p> _ _ _ </p>	<p>D01A06A</p> <p> _ </p>	<p>D01A07A</p> <p> _ </p>
<p>b) Tranquilizantes: para calmar a las personas, calmar nervios o relajar sus músculos como librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodicepina, tafil, lexotan, también conocidos como "faroles", "pastas", "roches", "reinas".</p> <p>D01A03B</p> <p> _ </p>	<p>D01A04B</p> <p> _ </p>	<p>D01A05B</p> <p> _ _ _ </p>	<p>D01A06B</p> <p> _ </p>	<p>D01A07B</p> <p> _ </p>
<p>c) Sedantes y Barbitúricos: para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como "pastas" y "chochos", "quesos", "pacidinas".</p> <p>D01A03C</p> <p> _ </p>	<p>D01A04C</p> <p> _ </p>	<p>D01A05C</p> <p> _ _ _ </p>	<p>D01A06C</p> <p> _ </p>	<p>D01A07C</p> <p> _ </p>
<p>d) Anfetaminas o estimulantes: para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como ritalin, asenlix, diestet, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, también conocidas como: "anfetas", "aceleradores", "voladores", "cri-cri".</p> <p>D01A03D</p> <p> _ </p>	<p>D01A04D</p> <p> _ </p>	<p>D01A05D</p> <p> _ _ _ </p>	<p>D01A06D</p> <p> _ </p>	<p>D01A07D</p> <p> _ </p>

USO DE SUSTANCIAS NO MÉDICAS

Primero haga las preguntas 1.a.8 y 1.a.9 en forma vertical. Continúe preguntando en forma horizontal las preguntas 1.a.10 y 1.a.11

Ahora te preguntaré sobre el uso de otras sustancias

1.a.8 ¿Me podrías decir si has tomado, usado, probado... 1 Sí 2 No 9 No sabe/No contesta PREGUNTA PRIMERO DE A-H, LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CONTINUAN CON LA PREGUNTA 1.a.9 SI EN TODOS LOS INCISOS LA RESPUESTA ES "NO", PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN	1.a.9 ¿Qué edad tenías cuando usaste (mencione sustancia) por primera vez? Edad _ _ _ 006 6 años o menos 111 Antes de los 12 años 119 Entre los 12 y 19 años 999 No sabe/No contesta. SI NO SABE O SI RESPONDE "TODA LA VIDA", O "DESDE QUE ME ACUERDO" CONTINÚA PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS ¿FUE ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS? SI HA USADO MÁS DE UNA SUSTANCIA REGISTRA LA EDAD DE CONSUMO DE LA PRIMERA SUSTANCIA	1.a.10 ¿Has usado (mencione sustancia) en los últimos 12 meses? Sí 1 No 2 PASA A SIGUIENTE SUSTANCIA. ÚLTIMA PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN	1.a.11 ¿Cuántas veces y con qué frecuencia usaste (mencione sustancia) en los últimos 12 meses? Veces _ _ _ Frecuencia 1 Al día 2 A la semana 3 Al mes 4 Al año	
CÓDIGO	EDAD	CÓDIGO	VECES	CÓDIGO
a) Marihuana, también llamada "hashish", "mota", "café", "yerba", etc. para drogarse.	D01A08A _ _ _	D01A09A _ _ _	D01A10A _	D01A11A _ _ _ D01A11AF _
b) Cocaína, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca", etc.	D01A08B _ _ _	D01A09B _ _ _	D01A10B _	D01A11BV _ _ _ D01A11BF _
c) Crack, también llamado "piedra"	D01A08C _ _ _	D01A09C _ _ _	D01A10C _	D01A11CV _ _ _ D01A11CF _
d) Alucinógenos: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip", "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc.	D01A08D _ _ _	D01A09D _ _ _	D01A10D _	D01A11DV _ _ _ D01A11DF _
e) Inhalables: como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, gasolina, activo, sprays, llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse.	D01A08E _ _ _	D01A09E _ _ _	D01A10E _	D01A11EV _ _ _ D01A11EF _
f) Heroína, opio, también llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball".	D01A08F _ _ _	D01A09F _ _ _	D01A10F _	D01A11FV _ _ _ D01A11FF _
g) Estimulantes tipo anfetamínico, droga de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal.	D01A08G _ _ _	D01A09G _ _ _	D01A10G _	D01A11GV _ _ _ D01A11GF _
h) Otras drogas como: Ketamina, (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido.	D01A08H _ _ _	D01A09H _ _ _	D01A10H _	D01A11HV _ _ _ D01A11HF _
i) Marihuana sintética (spice, K2, Yucatán Fire)	D01A08I			

SECCION 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS

2.1 ¿Algún médico te ha dicho que tienes...	a) diabetes o la azúcar alta en la sangre?.....	Sí 1	No 2	No sabe 9	D02O1A
	b) la presión alta o hipertensión?.....	1	2	9	D02O1B
	c) el colesterol alto?.....	1	2	9	D02O1C
	d) los triglicéridos altos?.....	1	2	9	D02O1D

SECCIÓN 3. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A CONTINUACIÓN, SE PRESENTAN ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y DE SALUD MATERNA.

ENTREVISTADOR/A: PROPORCIONE EL EQUIPO AL ADOLESCENTE PARA QUE LLENE LA SECCIÓN

APLICAR A ADOLESCENTES (HOMBRES Y MUJERES) DE 10 A 19 AÑOS

ENTREVISTADO/A: LEE CADA UNA DE LAS PREGUNTAS Y SELECCIONA LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA.

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
3.1 ¿Conoces o has oído hablar de algún método para no embarazarse o no tener hijos?	Sí.....1 No2 No sé.....9
Pasa a 3.5 D0301	
3.2 ¿De cuál(es) método (s) has oído hablar? PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Condón o preservativo masculino..... 01 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..... 77

FILTRO: SI RESPONDIÓ QUE HA OÍDO HABLAR DEL CONDÓN MASCULINO CONTINUE PREGUNTANDO 3.3
Cualquier otra respuesta pasa a filtro antes de 3.5

3.3 ¿Cuántas veces se puede usar un mismo condón masculino?	Número de veces __ __ D0303 No sé 8
3.4 ¿Para qué se utiliza el condón masculino? D0304	Para prevenir un embarazo 1 Para prevenir una infección de transmisión sexual..... 2 Para prevenir un embarazo y una infección de transmisión sexual 3 Otra (especificar) D0304E 4 No sé..... 8

FILTRO: APLICAR SÓLO A ADOLESCENTES (HOMBRES Y MUJERES) DE 12 A 19 AÑOS	
SI ES ADOLESCENTE DE 10 A 11 AÑOS PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN. ADOLESCENTE REGRESA LA TABLET AL ENTREVISTADOR(A)	
3.5 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	<div>EDAD [][] D0305</div> <div>No he tenido relaciones sexuales00 → Pasa a filtro antes de 3.13</div> <div>No recuerdo la edad de inicio.....88</div>
3.6 ¿Qué edad tenía tu pareja de esa primera relación sexual?	<div>EDAD [][] D0306</div> <div>No recuerdo la edad..... 77</div> <div>No sé la edad 88</div>
3.6a Cuando tuviste esa primera relación sexual ¿habías consumido alcohol o drogas?	<div>Alcohol 01 D0306A</div> <div>Drogas 02</div> <div>Ambos 03</div> <div>Ninguno 04</div>
3.6b Después de tu primera relación sexual, ¿buscaste información o atención de salud sexual o reproductiva de parte de personal de salud?	<div>Sí.....1 D0306B</div> <div>No.....2 } Pasa a 3.7</div>
3.6c ¿Qué información o atención buscaste? PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN <div> D0306CA D0306CB D0306CC D0306CD D0306CE D0306CF D0306CG D0306CH </div>	<div>Orientación/consejería en sexualidad..... 1</div> <div>Información y/o aclaración de dudas de métodos anticonceptivos..... 2</div> <div>Otorgamiento de método anticonceptivo..... 3</div> <div>Dudas de cómo prevenir un embarazo..... 4</div> <div>Control prenatal (embarazo)..... 5</div> <div>Orientación/atención de infecciones de transmisión sexual/VIH..... 6</div> <div>Información sobre servicios de aborto..... 7</div> <div>Otro (especifica) D0306CE 8</div>
3.6d ¿En qué lugar principalmente te proporcionaron información para aclarar tus dudas o recibiste la atención? PUEDES SELECCIONAR UNA OPCIÓN D0306D	
Servicios públicos 01 Ferias o jornadas de salud en lugares públicos (mercado, parque u otro) 02 Ferias o jornadas de salud en la escuela 03 Servicios Amigables para Adolescentes 04 Servicios del IMSS Bienestar para adolescentes-Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA) / Centro de Atención Urbano para Adolescentes (CASA) 05 AMIGUISSSTE 06 Otros servicios del IMSS, ISSSTE	Servicios No públicos: 07 Farmacias con consultorio médico 08 Consultorio privado Otros servicios 09 Chat en Línea ¿Cómo le Hago? 10 Líneas de ayuda (Línea de la vida u otras) 11 Páginas web de organizaciones civiles (ONGs) 12 Otro (especifique) D0306DE

3.6e ¿Recibiste la información o la atención que solicitaste? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">D0306E</div>	SÍ.....1 } Pasa a 3.7 No.....2
3.6f. ¿Cuál fue el motivo principal por el cual NO recibiste la información o atención que solicitaste?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">D0306F</div> Por ser menor de edad 1 Porque no iba acompañada(o) de un adulto..... 2 No contaban con personal de salud..... 3 No era derechohabiente..... 4 Estaba cerrada la institución..... 5 Otro (especifique) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 10px;">D0306FE</div> 6 No sé..... 9
3.7 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? <p style="text-align: center;">PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> D0307A D0307B D0307C D0307D D0307E D0307F D0307G D0307H D0307I D0307J D0307K D0307L D0307M </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Condón o preservativo masculino..... 01 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 Retiro o coito interrumpido..... 11 Otro..... 77 Nada..... 13 No recuerdo..... 88 No sé..... 99 </div> <div style="text-align: right;"> } Pasa a 3.9 } Pasa a 3.9 </div> </div>
3.8 ¿Cuál fue la razón principal por la que tú o tu pareja no hicieron o no usaron algo para protegerse de un embarazo o de una infección de transmisión sexual? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">D0308</div> <p style="text-align: center;">REGISTRA SOLO UNA OPCIÓN</p>	Buscaba un embarazo..... 01 No conocía los métodos anticonceptivos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos..... 02 No planeaba tener relaciones sexuales..... 03 No creí que podía darse un embarazo..... 04 Se opuso mi pareja..... 05 Me dio pena decirle a mi pareja que usara algún método... 06 Me dio temor de lo que pensara mi pareja..... 07 Otro (especifique) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 10px;">D0308E</div> 77 No sé..... 88 No recuerdo..... 89
3.9 ¿Fuiste presionada(o) o forzada(o) para tener esa primera relación sexual?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: auto;">D0309</div> SÍ.....1 No2 No recuerdo.....9

3.9a. ¿Has tenido más de una relación sexual en tu vida?	SÍ..... 1 D0309A No 2 → Pasa a filtro antes de 3.13																																																
3.11 En la última relación sexual, ¿qué utilizaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual? PUEDES ANOTAR MÁS DE UNA OPCION <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> D0311A D0311B D0311C D0311D D0311E D0311F D0311G D0311H D0311I D0311J D0311K D0311L D0311M D0311N </div>	<table border="0"> <tr> <td>Condón o preservativo masculino.....</td> <td>01</td> <td rowspan="2">→ Pasa a filtro antes de 3.13</td> </tr> <tr> <td>Condón femenino.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....</td> <td>03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pastillas o píldoras.....</td> <td>04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td>05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parche anticonceptivo.....</td> <td>06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dispositivo, DIU o aparato.....</td> <td>07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implantes, tubos o Norplant.....</td> <td>08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td> <td>09</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operación masculina o vasectomía.....</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings.....</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Retiro o coito interrumpido.....</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td>77</td> <td rowspan="3">→ Pasa a filtro antes de 3.13</td> </tr> <tr> <td>Nada.....</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>No recuerdo.....</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>No sé.....</td> <td>99</td> <td></td> </tr> </table>	Condón o preservativo masculino.....	01	→ Pasa a filtro antes de 3.13	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.....	77	→ Pasa a filtro antes de 3.13	Nada.....	14	No recuerdo.....	88	No sé.....	99	
Condón o preservativo masculino.....	01	→ Pasa a filtro antes de 3.13																																															
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.....	77	→ Pasa a filtro antes de 3.13																																															
Nada.....	14																																																
No recuerdo.....	88																																																
No sé.....	99																																																
3.12 ¿Y además utilizaron condón masculino?	SÍ..... 1 D0312 No 2 No recuerdo 8 No sé..... 9																																																

POR FAVOR DEVUELVE LA TABLET AL ENTREVISTADOR/A	
FILTRO: APLICAR SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 19 AÑOS SÓLO SI EN 3.5 RESPONDIÓ HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES; MUJERES QUE NO HAN INICIADO VIDA SEXUAL Y HOMBRES PASA A 3.30.	
3.13 ¿Alguna vez has estado embarazada? NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL, AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO	SÍ.....1 D0313 No2 } Pasa a 3.30 No sé.....9 }
3.14 ¿Estás actualmente embarazada?	SÍ.....1 D0314 No2 No sé.....9

3.15 ¿Cuántos embarazos en total has tenido? NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO	Embarazos [][] D0315 No recuerdo88 No sé99 <div style="float: right;">} Pasa a 3.30</div>
FILTRO: SI EN LAS PREGUNTAS 3.14 =1 Y 3.15=1, (UN EMBARAZO Y EL ACTUAL ES EL PRIMERO), PASA A 3.30	
3.16. ¿De estos embarazos cuantos han sido ... REGISTRE EL NÚMERO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>a. pérdidas o abortos?.....</div> <div>[][]</div> <div>D0316A</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>b. nacidos muertos?.....</div> <div>[][]</div> <div>D0316B</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>c. nacidos vivos?.....</div> <div>[][]</div> <div>D0316C</div> </div> <p>Si en inciso c es uno o más (nacidos vivos) pasa a 3.16a</p> <p>3.16a De estos nacidos vivos ¿Cuántos han fallecido...</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>d. antes de cumplir un año de edad?.....</div> <div>[][]</div> <div>D0316D</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>e. después de cumplir un año de edad?.....</div> <div>[][]</div> <div>D0316E</div> </div>
FILTRO: 1. SI CONTESTÓ A 3.16, AL MENOS UN HIJO VIVO QUE NO HA FALLECIDO, CONTINÚE 2. SI CONTESTÓ A 3.16, CUALQUIERA DE LAS OTRAS OPCIONES, PASA A 3.30	
3.17 ¿En qué día, mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>Día [][]</div> <div>Mes [][]</div> <div>Año [][][][]</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>D0317D</div> <div>D0317M</div> <div>D0317A</div> </div> No recuerdo88 88 8888 No sé99 99 9999
3.18 En total, ¿cuántas veces te revisaron durante tu último embarazo? Si la revisó más de un personal de salud, anote el número de veces del personal más calificado	Número de veces [][] D0318 Nunca la revisaron 00 → Pasa a 3.22 No recuerda el número de veces 88 No sabe 99

3.19 ¿En qué lugar te revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?

SELECCIONA UN CÓDIGO

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	D0319
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	
ISSSTE/ ISSSTE Estatal.....	03	
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud	04	
Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina).....	05	
Consultorios pertenecientes a farmacias/ Farmacias con consultorio médico.....	06	
Otros privados (atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde/ Roja, ONG, dispensarios).....	07	
Consultorio de médico privado.....	08	
Casa de la partera.....	09	
Casa de la entrevistada.....	10	
Otro (<i>especifique</i>).....	11	D0319E
No sé.....	88	

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


Meses [] [] D0320

No recuerda 88
No sabe..... 99

3.21 Durante el embarazo, cuando visitaste al médico, enfermera(o) o algún otro personal de salud, ¿te realizaron alguna de las siguientes acciones al menos una vez...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN

	SÍ	No	NS/NR
A) te midieron? D0321A	1	2	9
B) te pesaron? D0321B	1	2	9
C) te tomaron la presión arterial? D0321C	1	2	9
D) te realizaron examen(es) general(es) de orina? D0321D	1	2	9
E) te realizaron examen(es) de sangre? D0321E	1	2	9
F) te midieron tu nivel de azúcar en sangre? D0321F	1	2	9
G) te realizaron la prueba de detección de sífilis (VRDL)? D0321G	1	2	9
H) te realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? D0321H	1	2	9
I) te hicieron un ultrasonido? D0321I	1	2	9
J) te vacunaron contra el tétanos? D0321J	1	2	9
P) le aplicaron la vacuna Tdap (contra tosferina)? D0321P	1	2	9
K) te mandaron ácido fólico? D0321K	1	2	9
L) te mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio? D0321L	1	2	9
M) te ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)? D0321M	1	2	9
N) te ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara tu embarazo? D0321N	1	2	9
Ñ) te enseñaron o explicaron cómo dar a tu bebé leche materna? D0321NN	1	2	9
O) te midieron la panza (fondo uterino)? D0321O	1	2	9

3.22 ¿En dónde te atendieron durante tu último parto?		MARQUE SOLO UNA OPCIÓN																																													
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02 ISSSTE/ ISSSTE Estatal..... 03 Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud 04 Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina)..... 05 Consultorios pertenecientes a farmacias/ Farmacias con consultorio médico..... 06 Otros privados (atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde/ Roja, ONG, dispensarios)..... 07 Consultorio de médico privado..... 08 Casa de la partera..... 09 Casa de la entrevistada..... 10 Otro (especifique)..... 11 No sé..... 88	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;">D0322</div>																																														
3.23 ¿Tu último parto fue...		normal (vaginal)? 1 cesárea por urgencia? 2 cesárea programada? 3 No sé 9																																													
LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA SÓLO UNA																																															
3.24 Inmediatamente después del nacimiento, ¿pusieron a tu último(a) hijo(a) <u>desnudo(a)</u> directamente sobre la piel desnuda de tu pecho?																																															
	Entrevistador: muestre la imagen de la posición piel a piel.																																														
	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;">D0324</div>																																														
	Sí 1 No 2 No recuerda 8 No sabe 9																																														
3.25 ¿Cuánto pesó al nacer tu último(a) hijo(a)?		Gramos [][][][][]																																													
NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;">D0325</div>																																													
		No lo/la pesaron..... 0000 No recuerda 8888 No sabe 9999																																													
		Pasa a 3.27																																													
		ANOTA LA OPCIÓN QUE INDIQUE DE DÓNDE OBTUVO LA INFORMACIÓN DEL PESO AL NACER																																													
		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;">D0325A</div>																																													
		De la cartilla de vacunación..... 1 Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante..... 2 No recuerda..... 8																																													
3.27 En la primera semana después del parto de tu último(a) hijo(a), ¿algún profesional de la salud te dio información sobre...		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;">D0327A</div>																																													
LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>signos y síntomas de hemorragia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de infecciones?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de trombosis o coágulos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>nutrición?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>lactancia materna?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>higiene, sobre todo lavado de manos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>anticoncepción?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	NS/NR	signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9	signos y síntomas de preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....	1	2	9	signos y síntomas de infecciones?	1	2	9	signos y síntomas de trombosis o coágulos?	1	2	9	nutrición?	1	2	9	lactancia materna?	1	2	9	higiene, sobre todo lavado de manos?	1	2	9	anticoncepción?	1	2	9	signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?	1	2	9			
	Sí	No	NS/NR																																												
signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9																																												
signos y síntomas de preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....	1	2	9																																												
signos y síntomas de infecciones?	1	2	9																																												
signos y síntomas de trombosis o coágulos?	1	2	9																																												
nutrición?	1	2	9																																												
lactancia materna?	1	2	9																																												
higiene, sobre todo lavado de manos?	1	2	9																																												
anticoncepción?	1	2	9																																												
signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?	1	2	9																																												
.....																																															

	la importancia de que el bebé duerma boca arriba? D0327I 1 2 9
3.28 Después del nacimiento de tu último(a) hijo(a), ¿te proporcionaron un método anticonceptivo?	No..... 0 → Pasa a 3.30
	Sí, ¿en qué momento? D0328
	a. Antes de salir del hospital..... 1
	b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital..... 2 D0328A
	c. Después del primer mes..... 3
	d. No recuerda en qué momento..... 8 } Pasa a 3.30 No sabe..... 9 }
3.29 ¿Qué método anticonceptivo te proporcionaron? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 10px auto; text-align: center;">D0329</div>	Condón o preservativo masculino..... 01
	Condón femenino..... 02
	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
	Otro..... 77
	No recuerda..... 88
	No sabe..... 99
	3.30 Sin decirme el resultado, en los últimos 12 meses ¿te hicieron una prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 10px auto; text-align: center;">D0330</div>
No..... 0 → Pasa a sección 4	Sí..... 1
Sí..... 1	No 2
No recuerda..... 8 } → Pasa a sección 4	No recuerda 8
No sabe 9 }	No sabe..... 9

SECCIÓN 4. FUNCIONAMIENTO

Me gustaría hacerte algunas preguntas sobre ciertas dificultades que puedas tener

4.1 ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	SÍ 1 NO 2	<input type="text" value="D0401"/>
4.2 ¿Usas alguna prótesis auditiva?	SÍ 1 NO 2	<input type="text" value="D0402"/>
ADOLESCENTES DE 18 AÑOS Y MÁS PASA A FILTRO ANTES DE LA PREGUNTA 4.23A		
4.3 ¿Usas algún aparato o recibes ayuda para caminar?	SÍ 1 NO 2	<input type="text" value="D0403"/>
<p>En las siguientes preguntas, te pediré que me respondas seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta, dirías que tienes: 1) Ninguna dificultad, 2) Cierta dificultad, 3) Mucha dificultad, 4) Te resulta imposible realizar la actividad.</p> <p>Repite las categorías durante las preguntas individuales cuando el/la entrevistado/a no use una categoría de respuesta:</p> <p>Recuerda las cuatro posibles respuestas: Dirías que tienes: 1) Ninguna dificultad, 2) Cierta dificultad, 3) Mucha dificultad, 4) Te resulta imposible realizar la actividad.</p>		
<i>Verifique 4.1: ¿Usas anteojos o lentes de contacto?</i>	SÍ, 4.1=1 (PREGUNTA 4.4A Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 4.5A) NO, 4.1=2 (PREGUNTA 4.4B)	
4.4A Cuando usas anteojos o lentes de contacto, ¿tienes dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3	<input type="text" value="D0404A"/>
4.4B ¿Tienes dificultad para ver?	LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4	<input type="text" value="D0404B"/>
<i>Verifique 4.2: ¿Usas prótesis auditiva?</i>	SÍ, 4.2=1 (PREGUNTA 4.5A Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 4.6) NO, 4.2=2 (PREGUNTA 4.5B)	
4.5A Cuando usas la prótesis auditiva, ¿tienes dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR 4	<input type="text" value="D0405A"/>
4.5B ¿Tienes dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	<input type="text" value="D0405B"/>	
<i>Verifique 4.3: ¿Usas algún aparato o recibes ayuda para caminar?</i>	SÍ, 4.3=1 1 (PREGUNTA 4.6) NO, 4.3=2 2 (PREGUNTA 4.10)	
4.6 Cuando no usas el aparato ni recibes ayuda, ¿tienes dificultad para caminar 100 metros en terreno plano? <i>Explica: Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.</i> <i>Ten en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el adolescente usa equipo o recibe asistencia para caminar.</i>	<input type="text" value="D0406"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4 } Pasa a 4.8	

<p>4.7 Cuando no usas el aparato ni recibes ayuda, ¿tienes dificultad para caminar 500 metros en terreno plano?</p> <p><i>Explica:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.</p> <p><i>Ten en cuenta que la categoría ‘Sin dificultad’ no está disponible, ya que el adolescente usa equipo o recibe asistencia para caminar.</i></p>	<p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0407</div>
<p>4.8 Cuando usas el aparato o recibes ayuda, ¿tienes dificultad para caminar 100 metros en terreno plano?</p> <p><i>Explica:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0408</div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">} Pasa a 4.12</p>
<p>4.9 Cuando usas el aparato o recibes ayuda, ¿tienes dificultad para caminar 500 metros en terreno plano?</p> <p><i>Explica:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0409</div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Cualquier respuesta pasa a 4.12</p>
<p>4.10 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para caminar 100 metros en terreno plano?</p> <p><i>Explica:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0410</div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">} Pasa a 4.12</p>
<p>4.11 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para caminar 500 metros en terreno plano?</p> <p><i>Explica:</i> Eso sería aproximadamente el largo de 5 canchas de fútbol.</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0411</div>
<p>4.12 ¿Tienes dificultad con tu cuidado propio, por ejemplo, para comer o vestirse solo/a?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0412</div>
<p>4.13 Cuando hablas, ¿tienes dificultad para ser entendido/a por personas dentro de este hogar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1</p> <p>CIERTA DIFICULTAD 2</p> <p>MUCHA DIFICULTAD 3</p> <p>LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO 4</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: 100px; margin: 20px auto;">D0413</div>

4.14 Cuando hablas, ¿tienes dificultad para ser entendido/a por personas ajenas a este hogar?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0414</div>
4.15 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para aprender cosas?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER..... 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0415</div>
4.16 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para recordar cosas?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0416</div>
4.17 ¿Tienes dificultad para concentrarte en las actividades que te gustan?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONCENTRARSE 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0417</div>
4.18 ¿Tienes dificultad para aceptar cambios en tu rutina?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ACEPTAR CAMBIOS .. 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0418</div>
4.19 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para controlar tu comportamiento?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0419</div>
4.20 ¿Tienes dificultad para hacer amigos?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE HACER AMIGOS..... 4	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0420</div>
Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuestas. Te leeré las opciones después de cada pregunta.		
4.21 Me gustaría saber con qué frecuencia te muestras muy ansioso/a, nervioso/a o preocupado/a. Dirías que: ¿diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?	DIARIAMENTE 1 SEMANALMENTE 2 MENSUALMENTE 3 VARIAS VECES AL AÑO 4 NUNCA..... 5	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0421</div>
4.22 Me gustaría saber con qué frecuencia te muestras muy triste o deprimido/a. Dirías que: ¿diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?	DIARIAMENTE 1 SEMANALMENTE 2 MENSUALMENTE 3 VARIAS VECES AL AÑO 4 NUNCA..... 5	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">D0422</div>

SI ES MENOR DE 18 AÑOS PASA A SIGUIENTE SECCIÓN, SI TIENE 18 O 19 AÑOS CONTINUE

Ahora voy a preguntarte por las dificultades que podrías tener al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrás cuatro respuestas posibles. Por favor dime si tu: 1) no tienes ninguna dificultad, 2) tienes cierta dificultad, 3) tienes mucha dificultad, o 4) te resulta imposible realizar la actividad.

Repite las categorías en cada pregunta siempre que la persona entrevistada no utilice una de estas respuestas:

Recuerda las cuatro posibles respuestas:

Dirías que tienes: 1) Ninguna dificultad, 2) Cierta dificultad, 3) Mucha dificultad, 4) Te resulta imposible realizar la actividad.

VERIFIQUE 4.1: ¿USAS ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?	SÍ, 4.1=1 (PREGUNTA 4.23A Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 4.24A) NO, 4.1=2 (PREGUNTA 4.23B)
4.23A Cuando usas anteojos o lentes de contacto, ¿tienes dificultad para ver? 4.23B ¿Tienes dificultad para ver?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0423A"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4 <input type="text" value="D0423B"/>
VERIFIQUE 4.2: ¿USAS PRÓTESIS AUDITIVA?	SÍ, 4.2=1 (PREGUNTA 4.24 A Y POSTERIORMENTE PASA A 4.25) NO, 4.2=2 (PREGUNTA 4.24B)
4.24A Cuando usas tu(s) prótesis auditiva(s), ¿tienes dificultad para oír? 4.24B ¿Tienes dificultad para oír?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0424A"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 <input type="text" value="D0424B"/> LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR 4
4.25 ¿Tienes dificultad para caminar o subir escalones?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0425"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR O SUBIR ESCALONES 4
4.26 ¿Tienes dificultad para recordar o concentrarte?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0426"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR O CONCENTRARSE 4
4.27 ¿Tienes dificultad con tu cuidado propio, tal como lavarte todo el cuerpo o vestirse?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0427"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO 4
4.28 Usando tu idioma cotidiano, ¿tienes dificultad para comunicarte, por ejemplo, entendiendo a otros o hacerte entender?	NINGUNA DIFICULTAD 1 <input type="text" value="D0428"/> CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3

SECCIÓN 5. VACUNACIÓN

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

5.1 ¿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 SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años)...	1	} Pasa a 5.10	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D0501</div>
Sí, mostró la Cartilla Nacional de Vacunación.....	2		
Sí mostró documento probatorio o comprobante.....	3		
Sí la(s) tiene pero no la(s) mostró.....	4		
Sí mostró la cartilla pero no tiene información.....	5		
No tiene cartilla.....	6		

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

FILTRO: Si el(la) adolescente tiene 10 años pase a pregunta 5.4.1

5.2.1 Antes de los 11 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra la Hepatitis B?	Sí..... 1 No..... 2 NS /NR..... 9	} Pasa a 5.3.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D05021</div>
5.2.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO Número [] NS/NR..... 9		
5.3.1 A partir de los 11 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra la Hepatitis B?	Sí..... 1 No..... 2 NS /NR..... 9	} Pasa a 5.4.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D05031</div>
5.3.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO Número [] NS/NR..... 9		
5.4.1 Antes de los 10 años de edad, ¿te aplicaron la vacuna contra el Tétanos (Td)?	Sí..... 1 No..... 2 NS/NR..... 9	} Pasa a 5.5.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D05041</div>
5.4.2 ¿Cuántas veces te la aplicaron?	ANOTA CON NÚMERO Número [] NS/NR..... 9		
5.5.1 A partir de los 10 años de edad ¿Te han aplicado la vacuna contra el tétanos (Td)?	Sí..... 1 No..... 2 NS /NR..... 9	} Pasa a 5.6.1	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">D05051</div>

5.5.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO Número [] D05052 NS/NR..... 9	
5.6.1 Antes de los 10 años de edad ¿Te aplicaron la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) o la SRP?	Sí..... 1 D05061 No..... 2 } NS/NR..... 9 } Pasa a 5.7.1	
5.6.2 ¿Cuántas veces te la aplicaron?	ANOTA CON NÚMERO Número [] D05062 NS/NR..... 9	
5.7.1 A partir de los 10 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR)?	Sí..... 1 D05071 No..... 2 } NS /NR..... 9 } Pasa a 5.8	
5.7.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO Número [] D05072 NS/NR..... 9	
5.8 ¿Te han aplicado la vacuna contra el VPH (Infección por el Virus del Papiloma Humano)	Sí..... 1 D0508 No..... 2 } NS/NR..... 9 } Pasa a sección 6	
5.9 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO Número [] D0509 NS/NR..... 9	

PARA ADOLESCENTES QUE SÍ MOSTRARON CARTILLA O DOCUMENTO PROBATORIO							
ENTREVISTADOR(A): TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN							
<i>Nota: Si el entrevistado(a) muestra la cartilla, pero no cuenta con información, registra código 2 (No) en "Dosis", según el esquema para la edad</i>							
VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí 1 No 2	B) Fecha de la aplicación		
					Día	Mes	Año
5.10 HEPATITIS B (Los que no se han vacunado)	Primera		A partir de los 11 años	D0510PA		D0510PB	
	Segunda		4 semanas posteriores a la primera	D0510SA		D0510SB	
5.11 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	11 años de edad	D0511RA		D0511RB	
	Con esquema Incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial	D0511PA		D0511PB	
		Segunda	1 mes después de la primera dosis	D0511SA		D0511SB	
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis	D0511TA		D0511TB	

FILTRO

- PREGUNTA 5.12 Y 5.13 PARA MUJERES ACTUALMENTE EMBARAZADAS (3.14= 1) O CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO (3.13=1)
- PREGUNTA 5.14 PARA HOMBRES Y MUJERES SIN ANTECEDENTES DE EMBARAZO

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí 1 No..... 2	B) Fecha de la aplicación		
					Día	Mes	Año
5.12 Tdpa (Tétanos, Difteria y Tos Ferina)	Única		A partir de la semana 20 del embarazo	D0512UA		D0512UB	
5.13 Influenza Estacional (de septiembre 2021 a la fecha)	Única		Cualquier trimestre del embarazo	D0513UA		D0513UB	
5.14 SR (Sarampión y Rubéola) Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto)	Sin antecedente vacunal	Primera	En el primer contacto	D0514PA		D0514PB	
		Segunda	4 semanas después de la primera	D0514SA		D0514SB	
	Con esquema incompleto	Dosis única	Al primer contacto	D0514UA		D0514UB	
5.15 VPH (Infección por el Virus del Papiloma Humano, y Cáncer Cérvico-Uterino)	Primera		Solo mujeres en el 5º grado de primaria y de 11 años de edad no escolarizadas	D0515PA		D0515PB	
	Segunda		6 meses después de la primera dosis	D0515SA		D0515SB	
	Tercera		60 meses después de la primera dosis	D0515TA		D0515TB	

5.16 Otras vacunas ANOTA EL NOMBRE (Textual, como aparece en cartilla o documento probatorio)	ANOTA LAS DOSIS		B) Fecha de la aplicación ANOTA CON NÚMERO		
	Día	Mes	Año		
D0516OA	D0516OA1	D0516OA2		D0516OA3	
D0516OB	D0516OB1	D0516OB2		D0516OB3	
	D0516OC	D0516OC1	D0516OC2	D0516OC3	
	D0516OD	D0516OD1	D0516OD2	D0516OD3	
	D0516OE	D0516OE1	D0516OE2	D0516OE3	

SECCIÓN 6. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

6.1 A CONTINUACIÓN TE MENCIONARÉ SENTIMIENTOS O CONDUCTAS QUE HAYAS PODIDO EXPERIMENTAR. POR FAVOR, DIME CON QUÉ FRECUENCIA TE HAS SENTIDO ASÍ DURANTE LA **ÚLTIMA SEMANA**.

Entrevistador(a): Muestra la tarjeta de respuesta para cada pregunta y anote sólo una.

DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...	Rara vez o nunca (menos de un 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)
A. ¿Sentías como si no pudieras quitarte de encima la tristeza?	D0601A 1	2	3	4
B. ¿Te costaba concentrarte en lo que estabas haciendo?	D0601B 1	2	3	4
C. ¿Te sentiste deprimido/a?	D0601C 1	2	3	4
D. ¿Te parecía que todo lo que hacías era un esfuerzo?	D0601D 1	2	3	4
E. ¿No dormiste bien?	D0601E 1	2	3	4
F. ¿Disfrutaste de la vida?	D0601F 1	2	3	4
G. ¿Te sentiste triste?	D0601G 1	2	3	4

SECCIÓN 6A. CONDUCTAS ALIMENTARIAS

Las siguientes preguntas que te voy a hacer están relacionadas con algunos problemas de tu alimentación en los últimos tres meses.

¿Con qué frecuencia en los últimos 3 meses... Muestre la tarjeta y lea todas las opciones	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente (2 veces en una semana)	Muy frecuentemente (más de 2 veces en una semana)
6A.1 te ha preocupado engordar?..... D06A1.....	1	2	3	4
6A.2. en ocasiones, has comido demasiado?..... D06A2.....	1	2	3	4
6A.3. has perdido el control sobre lo que comes?..... D06A3.....	1	2	3	4
6A.4. has vomitado después de comer para bajar de peso?..... D06A4.....	1	2	3	4
6A.5. has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?..... D06A5.....	1	2	3	4
6A.6. has hecho dietas para tratar de bajar de peso?..... D06A6.....	1	2	3	4
6A.7. has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?..... D06A7.....	1	2	3	4
6A.8. has usado pastillas para tratar de bajar de peso?..... D06A8.....	1	2	3	4
6A.9. has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?..... D06A9.....	1	2	3	4
6A.10. has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?..... D06A10.....	1	2	3	4

SECCIÓN 7. ACCIDENTES

7.1 ¿Sufriste algún daño a tu salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?	SÍ..... 1 D0701 No 2 No sabe..... 8 → Pasa a sección 8 No responde 9																																																				
7.2 ¿Cómo fue que te accidentaste? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">D0702</div> <p style="text-align: center; font-size: small;">REVISA EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">01</td> <td style="width: 15%; text-align: right;">→ Pasa a 7.3</td> </tr> <tr> <td>Choque en motocicleta.....</td> <td style="text-align: right;">02</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">→ Pasa a 7.4</td> </tr> <tr> <td>Choque o atropellamiento como ciclista.....</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Atropellado como peatón.....</td> <td style="text-align: right;">04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....</td> <td style="text-align: right;">05</td> <td rowspan="2" style="text-align: right;">→ Pasa a 7.3</td> </tr> <tr> <td>Caída a nivel de piso.....</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....</td> <td style="text-align: right;">07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....</td> <td style="text-align: right;">08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....</td> <td style="text-align: right;">09</td> <td rowspan="4" style="text-align: right; vertical-align: middle;"> Códigos: 4, 6 a 18 pasa a 7.5 </td> </tr> <tr> <td>Exposición a corriente eléctrica, radiación.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Exposición a humo o fuego.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....</td> <td style="text-align: right;">14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos...</td> <td style="text-align: right;">15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....</td> <td style="text-align: right;">16</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....</td> <td style="text-align: right;">17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Exposición accidental a otros factores.....</td> <td style="text-align: right;">18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td style="text-align: right;">99</td> <td style="text-align: right;">→ Pasa a sección 8</td> </tr> </table>	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....	01	→ Pasa a 7.3	Choque en motocicleta.....	02	→ Pasa a 7.4	Choque o atropellamiento como ciclista.....	03	Atropellado como peatón.....	04		Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....	05	→ Pasa a 7.3	Caída a nivel de piso.....	06	Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....	07		Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....	08		Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....	09	Códigos: 4, 6 a 18 pasa a 7.5	Exposición a corriente eléctrica, radiación.....	10	Exposición a humo o fuego.....	11	Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....	12	Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....	13		Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....	14		Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos...	15		Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....	16		Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....	17		Exposición accidental a otros factores.....	18		NS/NR.....	99	→ Pasa a sección 8
Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....	01	→ Pasa a 7.3																																																			
Choque en motocicleta.....	02	→ Pasa a 7.4																																																			
Choque o atropellamiento como ciclista.....	03																																																				
Atropellado como peatón.....	04																																																				
Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....	05	→ Pasa a 7.3																																																			
Caída a nivel de piso.....	06																																																				
Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....	07																																																				
Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc.....	08																																																				
Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.).....	09	Códigos: 4, 6 a 18 pasa a 7.5																																																			
Exposición a corriente eléctrica, radiación.....	10																																																				
Exposición a humo o fuego.....	11																																																				
Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....	12																																																				
Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....	13																																																				
Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....	14																																																				
Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos...	15																																																				
Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....	16																																																				
Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....	17																																																				
Exposición accidental a otros factores.....	18																																																				
NS/NR.....	99	→ Pasa a sección 8																																																			
7.3 ¿Llevabas puesto el cinturón?	SÍ..... 1 No..... 2 } Pasa a 7.5 D0703																																																				
7.4 ¿Llevabas puesto el casco?	SÍ..... 1 D0704 No..... 2																																																				
7.5 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Hogar.....</td> <td style="width: 5%; text-align: right;">01</td> <td rowspan="10" style="width: 15%; text-align: right; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">D0705</div> </td> </tr> <tr> <td>Escuela.....</td> <td style="text-align: right;">02</td> </tr> <tr> <td>Trabajo.....</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Vía pública.....</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Campo.....</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>Antro, bar.....</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>Centro recreativo o deportivo.....</td> <td style="text-align: right;">07</td> </tr> <tr> <td>Establecimiento comercial.....</td> <td style="text-align: right;">08</td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td style="text-align: right;">77</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td style="text-align: right;">99</td> </tr> </table>	Hogar.....	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">D0705</div>	Escuela.....	02	Trabajo.....	03	Vía pública.....	04	Campo.....	05	Antro, bar.....	06	Centro recreativo o deportivo.....	07	Establecimiento comercial.....	08	Otro.....	77	NS/NR.....	99																															
Hogar.....	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">D0705</div>																																																			
Escuela.....	02																																																				
Trabajo.....	03																																																				
Vía pública.....	04																																																				
Campo.....	05																																																				
Antro, bar.....	06																																																				
Centro recreativo o deportivo.....	07																																																				
Establecimiento comercial.....	08																																																				
Otro.....	77																																																				
NS/NR.....	99																																																				

7.7 ¿Dónde te atendieron cuando ocurrió el accidente?

SELECCIONA UN CÓDIGO

D0707

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02
ISSSTE/ ISSSTE Estatal.....	03
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04
Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina,).....	05
Consultorios pertenecientes a farmacias/ Farmacias con consultorio médico.....	06
Otros privados(atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde/ Roja, ONG, dispensarios).....	07
Consultorio de médico privado.....	08
Otro (<i>especifique</i>).....	09
No sabe/No recuerda.....	10
No se atendió.....	11

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

D0708

alcohol?.....	1
drogas? (especifique).....	2
ambos?.....	3
Otro (especifique).....	7
No estaba bajo efectos del alcohol o drogas.....	8
NS/NR.....	9

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

D0709

Ningún problema.....	01
Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda)	02
Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....	03
Dificultad para oír.....	04
Dificultad para hablar.....	05
Dificultad para ver o ceguera.....	06
Otra limitación física o mental.....	07
NS/NR.....	99

SECCIÓN 8. ATAQUE O VIOLENCIA

Ahora te preguntaré sobre algún incidente de agresión o violencia que hayas presentado

8.1 En los últimos 12 meses, ¿sufriste algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia?

Sí.....1
No.....2
No responde.....9

D0801

Pasa a 8.10

8.2 ¿Qué tipo de ataque fue?

LEA LAS OPCIONES

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

D0802A
D0802B
D0802C
D0802D
D0802E
D0802F
D0802G
D0802H
D0802I
D0802J
D0802K
D0802L

Agresiones con sustancias.....	01
Sofocación, estrangulamiento, Ahogamiento.....	02
Herida por arma de fuego.....	03
Herida por arma punzocortante (cuchillo, navaja, etc.).....	04
Empujón desde lugar elevado.....	05
Golpes, patadas, puñetazos.....	06
Agresión sexual.....	07
Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias por sustancias u objetos calientes.....	08
Agresiones verbales.....	09
Otro (Especifique).....	77
NS/NR.....	99

<p>8.3 ¿Cuál fue el principal motivo?</p> <p>REGISTRA LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p>	<table border="0"> <tr> <td>Robo o asalto.....</td> <td>01</td> <td rowspan="10" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0803</td> </tr> <tr> <td>Incidente de tránsito.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Riña extraescolar.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Secuestro.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Detención.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Violencia con familiares.....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a).....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Intento de homicidio.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Otro (Especifique) D0803E.....</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	Robo o asalto.....	01	D0803	Incidente de tránsito.....	02	Riña extraescolar.....	03	Secuestro.....	05	Detención.....	06	Violencia con familiares.....	10	Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a).....	11	Intento de homicidio.....	12	Otro (Especifique) D0803E	77	NS/NR.....	99		
Robo o asalto.....	01	D0803																						
Incidente de tránsito.....	02																							
Riña extraescolar.....	03																							
Secuestro.....	05																							
Detención.....	06																							
Violencia con familiares.....	10																							
Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a).....	11																							
Intento de homicidio.....	12																							
Otro (Especifique) D0803E	77																							
NS/NR.....	99																							
<p>8.4 ¿En qué lugar te ocurrió el ataque o violencia?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Hogar.....</td> <td>01</td> <td rowspan="10" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0804</td> </tr> <tr> <td>Escuela.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Trabajo.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Transporte público.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Vía pública.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Campo.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Centro recreativo o deportivo.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Antro, bar.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Establecimiento comercial.....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>Otro (Especifique) D0804E.....</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	Hogar.....	01	D0804	Escuela.....	02	Trabajo.....	03	Transporte público.....	04	Vía pública.....	05	Campo.....	06	Centro recreativo o deportivo.....	07	Antro, bar.....	08	Establecimiento comercial.....	09	Otro (Especifique) D0804E	77	NS/NR.....	99
Hogar.....	01	D0804																						
Escuela.....	02																							
Trabajo.....	03																							
Transporte público.....	04																							
Vía pública.....	05																							
Campo.....	06																							
Centro recreativo o deportivo.....	07																							
Antro, bar.....	08																							
Establecimiento comercial.....	09																							
Otro (Especifique) D0804E	77																							
NS/NR.....	99																							
<p>8.6 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió el ataque o violencia?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Nadie lo(a) atendió.....</td> <td>01</td> <td rowspan="10" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0806</td> </tr> <tr> <td>Remedios caseros, automedicación.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Curandero(a) o hierbero(a).....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Huesero (a) o sobador(a).....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Encargado(a) de la comunidad.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Psicólogo(a), terapeuta.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Médico(a), consultorio.....</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Clínica, sanatorio u hospital.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	Nadie lo(a) atendió.....	01	D0806	Remedios caseros, automedicación.....	02	Curandero(a) o hierbero(a).....	03	Huesero (a) o sobador(a).....	04	Encargado(a) de la comunidad.....	05	Psicólogo(a), terapeuta.....	06	Médico(a), consultorio.....	07	Clínica, sanatorio u hospital.....	08	Otro.....	77	No responde.....	99		
Nadie lo(a) atendió.....	01	D0806																						
Remedios caseros, automedicación.....	02																							
Curandero(a) o hierbero(a).....	03																							
Huesero (a) o sobador(a).....	04																							
Encargado(a) de la comunidad.....	05																							
Psicólogo(a), terapeuta.....	06																							
Médico(a), consultorio.....	07																							
Clínica, sanatorio u hospital.....	08																							
Otro.....	77																							
No responde.....	99																							
<p>8.7 Cuando sufriste el ataque o violencia ¿estabas bajo los efectos de...</p>	<table border="0"> <tr> <td>alcohol?.....</td> <td>1</td> <td rowspan="5" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0807</td> </tr> <tr> <td>drogas?.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ambos?.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Otro (especifique) D0807E.....</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	alcohol?	1	D0807	drogas?	2	ambos?	3	Otro (especifique) D0807E	7	No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....	8	NS/NR.....	9										
alcohol?	1	D0807																						
drogas?	2																							
ambos?	3																							
Otro (especifique) D0807E	7																							
No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....	8																							
NS/NR.....	9																							
<p>8.8 Quien te atacó, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o drogas?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td rowspan="4" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0808</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí.....	1	D0808	No.....	2	No sabe.....	8	No responde.....	9														
Sí.....	1	D0808																						
No.....	2																							
No sabe.....	8																							
No responde.....	9																							
<p>8.9 ¿Quién fue la persona que te atacó?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Pareja.....</td> <td>1</td> <td rowspan="8" style="border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;">D0809</td> </tr> <tr> <td>Familiar.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Amigo(a).....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Novio(a).....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Vecino(a) u otro(a) conocido(a).....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Desconocido(a).....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Policía.....</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> </tr> </table>	Pareja.....	1	D0809	Familiar.....	2	Amigo(a).....	3	Novio(a).....	4	Vecino(a) u otro(a) conocido(a).....	5	Desconocido(a).....	6	Policía.....	7	No responde.....	9						
Pareja.....	1	D0809																						
Familiar.....	2																							
Amigo(a).....	3																							
Novio(a).....	4																							
Vecino(a) u otro(a) conocido(a).....	5																							
Desconocido(a).....	6																							
Policía.....	7																							
No responde.....	9																							

8.10 ¿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?	SÍ, antes de los 12..... 1 D0810 SÍ, cuando tenía 12 o más años..... 2 No, nunca..... 3 No recuerda..... 8 No responde..... 9 <div style="position: absolute; right: 0; top: 50px;"> Pasa a 8.17 </div>
8.11 ¿La persona que lo hizo era hombre o mujer?	Hombre 1 D0811 Mujer 2 No responde..... 9
8.12 ¿Qué relación tenías con esa persona?	Pareja 1 D0812 Familiar 2 Amigo(a)..... 3 Novio(a)..... 4 Vecino(a) u otro(a) conocido(a)..... 5 Desconocido(a) 6 Policía 7 No responde..... 9
8.13 ¿Quién te atendió después de que sucedió el ataque? (aclarar que el ataque se refiere al manoseo, caricias o relaciones sexuales en contra de su voluntad)	Nadie lo(a) atendió 01 D0813 Remedios caseros, automedicación..... 02 Curandero(a) o hierbero(a) 03 Huesero(a) o sobador(a) 04 Encargado(a) de la comunidad 05 Psicólogo(a), terapeuta 06 Médico(a), consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro (especifique) D0813E 77 No responde..... 99
8.14 ¿Tú o tu familia denunciaron a la persona que te agredió ante las autoridades?	Sí 01 Pasa a 8.16 No 02 D0814 No Responde 88
8.15 ¿Por qué no denunciaste?	Miedo..... 01 D0815 Vergüenza..... 02 Amenazas..... 03 No sabía que podía denunciar..... 04 Pasa a 8.17 Otro (Especifique) D0815E 77 No sabe..... 88 No responde..... 99
8.16 ¿Ante qué autoridad denunciaste?	Ministerio Público 01 DIF 02 Síndico 03 Otro (Especifique) D0816E 77

8.17 ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?	SÍ1 D0817 No2 No responde8 → Pasa a 8.19
8.18 ¿Con qué frecuencia lo has pensado?	Siempre o muy frecuentemente 01 D0818 Casi siempre 02 Algunas veces 03 Rara vez 04 No responde 99
8.19 ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?	Sí, una vez1 D0819 Sí, 2 o más veces2 Nunca3 → Pasa a sección 9
8.20 ¿Esto fue en los últimos 12 meses?	Sí1 D0820 No2 No responde9
8.21 ¿Cómo lo hiciste? <p style="text-align: center;">PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> D0821A D0821B D0821C D0821D D0821E D0821F D0821G D0821H D0821I D0821J D0821K D0821L </div>	Envenenamiento con medicamentos..... 01 Envenenamiento con narcóticos..... 02 Envenenamiento con alcohol..... 03 Envenenamiento por inhalación de hidrocarburos..... 04 Envenenamiento con fumigantes, insecticidas..... 05 Envenenamiento con productos químicos, ácidos, corrosivos..... 06 Ahorcamiento..... 07 Arma de fuego..... 08 Quemadura..... 09 Objetos cortantes..... 10 Arrojarse al vacío o <u>vehículo en movimiento</u> 11 Otro (Especifique) D0821E 77 No responde..... 99
8.22 ¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico debido a las lesiones que te hiciste?	Sí1 D0822 No2 No responde.....9

SECCIÓN 9. DISCIPLINA

APLICAR A ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS, DE 15 AÑOS O MÁS TERMINA ENTREVISTA

Los adultos utilizan diversas maneras de enseñar a comportarse a los (las) 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 en el último mes.				
9.1 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?	Te quitaron algún privilegio..... D0901A	1	2	9
[B] Te explicaron que tu comportamiento estuvo mal?	Te explicaron el comportamiento erróneo..... D0901B	1	2	9
[C] Te zarandearon o sacudieron?	Te zarandearon o sacudieron..... D0901C	1	2	9
[D] Te gritaron?	Te gritaron..... D0901D	1	2	9
[E] Te dieron otra cosa que hacer?	Te dieron otra cosa que hacer..... D0901E	1	2	9
[F] Te dieron nalgadas o te pegaron en el trasero sólo con la mano?	Te dieron nalgadas o te pegaron en las nalgas sólo con la mano..... D0901F	1	2	9
[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?	Te pegaron con cinturón, un cepillo de pelo, una chancla, un palo u otro objeto duro..... D0901G	1	2	9
[H] Te llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida?	Te llamaron tonto/a, flojo/a o alguna otra cosa parecida..... D0901H	1	2	9
[I] Te pegaron con la mano en la cara, en la cabeza o en las orejas?	Te pegaron en la cara, en la cabeza o en las orejas..... D0901I	1	2	9
[J] Te pegaron con la mano en el brazo, en la pierna o en la mano?	Te pegaron con la mano, en el brazo, en la pierna o en la mano..... D0901J	1	2	9
[K] Te dieron una paliza, es decir, te pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron?	Te dieron una paliza, te pegaron una y otra vez lo más fuerte que pudieron..... D0901K	1	2	9
9.2 ¿Crees que para criar o educar correctamente a un niño/a o un adolescente, él o ella debe ser castigado/a físicamente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe/No opina..... 8 No responde..... 9	D0902		

OBSERVACIONES
COMENTARIO