

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSA-NUT 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	__	__ __ __ __	__ : __	__ : __	

*CÓDIGOS 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> <p>todos los días?..... 1 → Pasa a 1.2 D0101 algunos días?..... 2 → Pasa a 1.4 I <input type="text"/> no fuma actualmente?.... 3 → Pasa a 1.5 No responde..... 9 → Pasa a 1.7</p>																					
<p>1.2 ¿A qué edad comenzaste a fumar productos del tabaco <u>todos los días</u>?</p> <p>SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=1</p>	<p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Edad D0102 Antes de los 12 años 97 Entre los 12 y 19 años 98</p> <p>Cualquier respuesta pasa a 1.3</p>																					
<p>1.3 En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente <u>por día</u>?</p> <p>SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=1</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Cigarros por día D0103</p> <p>Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>	<p>1.4 En promedio, ¿cuántos cigarros fumas actualmente <u>por semana</u>?</p> <p>SOLO AQUELLOS QUE EN 1.1=2</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Cigarros por semana D0104</p> <p>Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>																					
<p>1.5 En el pasado, ¿has fumado productos del tabaco ...</p> <p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>todos los días?..... 1 → Pasa a 1.6 algunos días?..... 2 → Pasa a 1.6 Nunca ha fumado..... 3 → Pasa a 1.7 No responde..... 9</p>	<p>1.6 ¿Hace cuánto tiempo dejaste definitivamente de fumar?</p> <p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">D0106P</td> <td style="width: 33%;">D0106T</td> <td style="width: 33%;">Tiempo</td> </tr> <tr> <td>Años.....</td> <td>1 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Meses.....</td> <td>2 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Semanas.....</td> <td>3 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Días.....</td> <td>4 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Menos de un día.....</td> <td>5 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9 I <input type="text"/></td> <td></td> </tr> </table> <p>Cualquier respuesta pasa a 1.7</p>	D0106P	D0106T	Tiempo	Años.....	1 I <input type="text"/>		Meses.....	2 I <input type="text"/>		Semanas.....	3 I <input type="text"/>		Días.....	4 I <input type="text"/>		Menos de un día.....	5 I <input type="text"/>		No responde.....	9 I <input type="text"/>	
D0106P	D0106T	Tiempo																				
Años.....	1 I <input type="text"/>																					
Meses.....	2 I <input type="text"/>																					
Semanas.....	3 I <input type="text"/>																					
Días.....	4 I <input type="text"/>																					
Menos de un día.....	5 I <input type="text"/>																					
No responde.....	9 I <input type="text"/>																					
<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>(MUESTRA TARJETA CON IMAGEN)</p>	<p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>D0107</p> <p>todos los días?..... 1 I <input type="text"/> algunos días?..... 2 Actualmente no consume..... 3 No conoce el cigarro electrónico..... 4 No responde..... 9</p>																					

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	→ Pasa a 1.a.1
No en los últimos 12 meses.....	6	
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	D0111
No	2	
No responde	9	

SI ES MUJER:

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

Sí	1	D0112
No	2	
No responde	9	

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

D01A01

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

Goodfellas..... 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

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 I_ _ _ _ I</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
a) Opiáceos: para aliviar el dolor severo (grave, intenso) como la morfina, nubaín, darvon, D01A03A demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, buprenorfina, fentanilo, también conocidos como "fifi", "apolo", "nuvainaso".	D01A04A I_ _	D01A05A I_ _ _ _ I	D01A06A I_ _ I	D01A07A I_ _ I
b) Tranquilizantes: para calmar a las personas, calmar nervios o relajar sus múltiples D01A03B como librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodiacepina, tafil, lexotan, también conocidos como "faroles", "pastas", "roches", "reinas".	D01A04B I_ _ I	D01A05B I_ _ _ _ I	D01A06B I_ _ I	D01A07B I_ _ I
c) Sedantes y Barbitúricos: para ayudar a las personas dormir o a relajarse como D01A03C equanil, mandrax, sevonal, sopor, conocidos también como "pastas" y "chochos", "quesos", "pacidinas".	D01A04C I_ _ I	D01A05C I_ _ _ _ I	D01A06C I_ _ I	D01A07C I_ _ I
d) Anfetaminas o estimulantes: para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como ritalín, asenlix, diestet, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, también conocidas como: "anfetas", "aceleradores", "voladores", "cri-cri".	D01A04D I_ _ I	D01A05D I_ _ _ _ I	D01A06D I_ _ I	D01A07D I_ _ I

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 COTINÚAN 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, puro, 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 thiner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, 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	No	No sabe	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 No 2 } Pasa a 3.5 No sé..... 9
3.2 ¿De cuál(es) método (s) has oido hablar?	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
PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN	D0302A D0302B D0302C D0302D D0302E D0302F D0302G D0302H D0302I D0302J D0302K D0302L D0302M D0302N

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?	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
	D0304	

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?	EDAD []	D0305 No he tenido relaciones sexuales 00 → Pasa a filtro antes de 3.13 No recuerdo la edad de inicio..... 88
3.6 ¿Qué edad tenía tú pareja de esa primera relación sexual?	EDAD []	D0306 No recuerdo la edad..... 77 No sé la edad ... 88
3.6a Cuando tuviste esa primera relación sexual ¿habías consumido alcohol o drogas?	Alcohol 01 Drogas 02 Ambos 03 Ninguno 04	D0306A
3.6b Despues de tu primera relación sexual, ¿buscaste información o atención de salud sexual o reproductiva de parte de personal de salud?	Sí..... No.....	D0306B 1 2 → Pasa a 3.7
3.6c ¿Qué información o atención buscaste? PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN	D0306CA D0306CB D0306CC D0306CD D0306CE D0306CF D0306CG D0306CH	Orientación/consejería en sexualidad..... 1 Información y/o aclaración de dudas de métodos anticonceptivos..... 2 Otorgamiento de método anticonceptivo..... 3 Dudas de cómo prevenir un embarazo..... 4 Control prenatal (embarazo)..... 5 Orientación/atención de infecciones de transmisión sexual/VIH..... 6 Información sobre servicios de aborto..... 7 Otro (específica) D0306CE 8
3.6d ¿En qué lugar principalmente te proporcionaron información para aclarar tus dudas o recibiste la atención?		
PUEDES SELECCIONAR UNA OPCIÓN		
Servicios públicos		
01 Ferias o jornadas de salud en lugares públicos (mercado, parque u otro)	07 Farmacias con consultorio médico	
02 Ferias o jornadas de salud en la escuela	08 Consultorio privado	
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)	Servicios No públicos:	
05 AMIGUSSSTE	09 Chat en Línea ¿Cómo le Hago?	
06 Otros servicios del IMSS, ISSSTE	10 Líneas de ayuda (Línea de la vida u otras)	
	11 Páginas web de organizaciones civiles (ONGs)	
	12 Otro (específique) D0306DE	

3.6e ¿Recibiste la información o la atención que solicitaste? <input type="checkbox"/> D0306E	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?	Por ser menor de edad 1 Porque no iba acompañada(o) de un adulto..... 2 <input type="checkbox"/> D0306F No contaban con personal de salud..... 3 No era derechohabiente..... 4 Estaba cerrada la institución..... 5 Otro (especifique) <input type="checkbox"/> D0306F 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? PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> D0307A D0307B D0307C D0307D D0307E D0307F D0307G D0307H D0307I D0307J D0307K D0307L D0307M </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 <input type="checkbox"/> D0306F 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 → Pasa a 3.9 No sé..... 99
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? <input type="checkbox"/> D0308E REGISTRA SOLO UNA OPCIÓN	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 <input type="checkbox"/> D0306F Me dio pena decirle a mi pareja que usara algún método... 06 Me dio temor de lo que pensara mi pareja..... 07 Otro (especifique) <input type="checkbox"/> D0308E 77 No sé..... 88 No recuerdo..... 89
3.9 ¿Fuiste presionada(o) o forzada(o) para tener esa primera relación sexual?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> D0309 No 2 No recuerdo..... 9

3.9a. ¿Has tenido más de una relación sexual en tu vida?	Sí.....1 No2 → 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 OPCIÓN	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 → Pasa a filtro antes de 3.13 No recuerdo.....88 No sé.....99
3.12 ¿Y además utilizaron condón masculino?	Sí.....1 No2 No recuerdo8 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 No2 → Pasa a 3.30 No sé.....9
3.14 ¿Estás actualmente embarazada?	Sí.....1 No2 No sé.....9

<p>3.15 ¿Cuántos embarazos en total has tenido?</p> <p>NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO</p>	<p>Embarazos [] [] D0315</p> <p>No recuerdo 88 Pasa a 3.30</p> <p>No sé 99</p>
FILTRO: SI EN LAS PREGUNTAS 3.14 =1 Y 3.15=1, (UN EMBARAZO Y EL ACTUAL ES EL PRIMERO), PASA A 3.30	
<p>3.16. ¿De estos embarazos cuantos han sido ...</p> <p>REGISTRE EL NÚMERO</p>	<p>a. pérdidas o abortos? [] [] D0316A</p> <p>b. nacidos muertos? [] [] D0316B</p> <p>c. nacidos vivos? [] [] D0316C</p> <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> <p>d. antes de cumplir un año de edad? [] [] D0316D</p> <p>e. después de cumplir un año de edad? [] [] D0316E</p>
FILTRO:	
<ol style="list-style-type: none"> 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 	
<p>3.17 ¿En qué día, mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?</p>	<p>Día [] [] Mes [] [] Año [] [] [] []</p> <p>[] [] D0317D [] [] D0317M [] [] D0317A</p> <p>No recuerdo 88 88 8888</p> <p>No sé 99 99 9999</p>
<p>3.18 En total, ¿cuántas veces te revisaron durante tu último embarazo?</p> <p>Si la revisó más de un personal de salud, anote el número de veces del personal más calificado</p>	<p>Número de veces [] [] D0318</p> <p>Nunca la revisaron 00 → Pasa a 3.22</p> <p>No recuerda el número de veces 88</p> <p>No sabe 99</p>

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 (especifique) _____	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 e 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) _____	D0322E
No sé.....	88

D0322

3.23 ¿Tu último parto fue...

D0323

LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA
SÓLO UNA

normal (vaginal)?	1
cesárea por urgencia?.....	2
cesárea programada?.....	3
No sé	9

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

Entrevistador: muestre la imagen de la posición piel a piel.

D0324



Photo Credit: Joyce Godwin

3.25 ¿Cuánto pesó al nacer tu último(a) hijo(a)?

NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A)
VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)

Gramos [____].[____] D0325

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 D0325A

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...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE UN CÓDIGO
EN CADA OPCIÓN

Sí No NS/NR

signos y síntomas de hemorragia?.....	D0327A	1	2	9
signos y síntomas de preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....	D0327B	1	2	9
signos y síntomas de infecciones?.....	D0327C	1	2	9
signos y síntomas de trombosis o coágulos?.....	D0327D	1	2	9
nutrición?.....	D0327E	1	2	9
lactancia materna?.....	D0327F	1	2	9
higiene, sobre todo lavado de manos?.....	D0327G	1	2	9
anticoncepción?.....	D0327H	1	2	9
signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?.....	D0327I	1	2	9

	la importancia de que el bebé duerma boca arriba? <input type="checkbox"/> D0327J 1 2 9		
3.28 Despues del nacimiento de tu último(a) hijo(a), ¿te proporcionaron un método anticonceptivo?	No..... Sí, ¿en qué momento? a. Antes de salir del hospital..... b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital..... c. Después del primer mes..... d. No recuerda en qué momento..... No sabe..... 0 → Pasa a 3.30 <input type="checkbox"/> D0328 1 <input checked="" type="checkbox"/> D0328A 2 3 8 Pasa a 3.30 9		
3.29 ¿Qué método anticonceptivo te proporcionaron?	<input type="checkbox"/> D0329 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)?	<input type="checkbox"/> D0330 No..... 0 → Pasa a sección 4 Sí..... 1 No recuerda..... 8 → Pasa a sección 4 No sabe 9	3.31 Sin decirme el resultado de la prueba, ¿lo recibiste?	<input type="checkbox"/> D0331 Sí..... 1 No 2 No recuerda 8 No sabe..... 9

SECCIÓN 4. FUNCIONAMIENTO

Me gustaría hacerte algunas preguntas sobre ciertas dificultades que puedes tener

4.1 ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	Sí 1 NO 2	D0401
4.2 ¿Usas alguna prótesis auditiva?	Sí 1 NO 2	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	D0403
<p>En las siguientes preguntas, te pediré que me respondas seleccionando una de cuatro posibles respuestas. Para cada pregunta, dirás 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: Dirás que tienes: 1) Ninguna dificultad, 2) Cierta dificultad, 3) Mucha dificultad, 4) Te resulta imposible realizar la actividad.</p>		
Verifique 4.1: ¿Usas anteojos o lentes de contacto?	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	D0404A
4.4B ¿Tienes dificultad para ver?	MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4	D0404B
Verifique 4.2: ¿Usas prótesis auditiva?	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	D0405A
4.5B ¿Tienes dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?	D0405B	
Verifique 4.3: ¿Usas algún aparato o recibes ayuda para caminar?	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?	D0406	
Explica: Eso sería aproximadamente el largo de 1 cancha de fútbol.	CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4	Pasa a 4.8
Ten en cuenta que la categoría 'Sin dificultad' no está disponible, ya que el adolescente usa equipo o recibe asistencia para caminar.		

<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 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <p style="text-align: right;">D0407</p>
<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 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4</p> <p style="text-align: right;">D0408</p> <p style="text-align: right;">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 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <p style="text-align: right;">D0409</p> <p>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 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M 4</p> <p style="text-align: right;">D0410</p> <p style="text-align: right;">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 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M 4</p> <p style="text-align: right;">D0411</p>
<p>4.12 ¿Tienes dificultad con tu cuidado propio, por ejemplo, para comer o vestirte solo/a?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO 4</p> <p style="text-align: right;">D0412</p>
<p>4.13 Cuando hablas, ¿tienes dificultad para ser entendido/a por personas dentro de este hogar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO 4</p> <p style="text-align: right;">D0413</p>

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	D0414
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	D0415
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	D0416
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	D0417
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	D0418
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	D0419
4.20 ¿Tienes dificultad para hacer amigos?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE HACER AMIGOS 4	D0420

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	D0421
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	D0422

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:

Dirás 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?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4
4.23B ¿Tienes dificultad para ver?	D0423A 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?	NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR 4
4.24B ¿Tienes dificultad para oír?	D0424A D0424B
4.25 ¿Tienes dificultad para caminar o subir escalones?	NINGUNA DIFICULTAD 1 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 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 vestirte?	NINGUNA DIFICULTAD 1 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 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3
	D0425 D0426 D0427 D0428

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 |
| 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 | D0501 |
| 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	D05021
	No.....	2	
	NS /NR.....	9	
ANOTA CON NÚMERO			Pasa a 5.3.1
5.2.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?			D05022
Número [_____]			
NS/NR.....			9
ANOTA CON NÚMERO			D05031
5.3.1 A partir de los 11 años de edad, ¿te han aplicado la vacuna contra la Hepatitis B?			
Número [_____]			
NS/NR.....	9		
Númer[_____]			D05032
ANOTA CON NÚMERO			
5.3.2 ¿Cuántas veces te la han aplicado?			
NS/NR.....			9
ANOTA CON NÚMERO			D05041
5.4.1 Antes de los 10 años de edad, ¿te aplicaron la vacuna contra el Tétanos (Td)?			
Númer[_____]			
NS/NR.....	9		
Númer[_____]			D05042
ANOTA CON NÚMERO			
5.4.2 ¿Cuántas veces te la aplicaron?			
NS/NR.....	9		
ANOTA CON NÚMERO			D05051
5.5.1 A partir de los 10 años de edad ¿Te han aplicado la vacuna contra el tétanos (Td)?			
Númer[_____]			
NS/NR.....	9		
Númer[_____]			Pasa a 5.6.1

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	Pasa a 5.7.1
	NS/NR.....	9	
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	Pasa a 5.8
	NS /NR.....	9	
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	Pasa a sección 6
	NS/NR.....	9	
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						
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						
VACUNA	DOSIS	EDAD	A) DOSIS	B) Fecha de la aplicación		
			Sí 1 No 2	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	B) Fecha de la aplicación		
			Sí 1 No..... 2	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 Cervico-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		
	D0516OA	D0516OA1	Día	Mes	Año
	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?	<p>Sí..... 1 D0701</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8 → Pasa a sección 8</p> <p>No responde 9</p>
7.2 ¿Cómo fue que te accidentaste? D0702 REVISA EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO	<p>Choque entre vehículos de 4 o más ruedas..... 01 → Pasa a 7.3</p> <p>Choque en motocicleta..... 02 → Pasa a 7.4</p> <p>Choque o atropellamiento como ciclista..... 03</p> <p>Atropellado como peatón..... 04</p> <p>Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha..... 05 → Pasa a 7.3</p> <p>Caída a nivel de piso..... 06</p> <p>Golpe con objeto, equipo o maquinaria..... 07</p> <p>Caída de un nivel a otro: silla, escalera, etc..... 08</p> <p>Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro, etc.)..... 09 Códigos: 4, 6 a 18 pasa a 7.5</p> <p>Exposición a corriente eléctrica, radiación..... 10</p> <p>Exposición a humo o fuego..... 11</p> <p>Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras)..... 12</p> <p>Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo..... 13</p> <p>Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas..... 14</p> <p>Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos... 15</p> <p>Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna..... 16</p> <p>Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento..... 17</p> <p>Exposición accidental a otros factores..... 18</p> <p>NS/NR..... 99 → Pasa a sección 8</p>
7.3 ¿Llevabas puesto el cinturón?	<p>Sí..... 1 } Pasa a 7.5 D0703</p> <p>No..... 2 }</p>
7.4 ¿Llevabas puesto el casco?	<p>Sí..... 1 D0704</p> <p>No..... 2</p>
7.5 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?	<p>Hogar..... 01 D0705</p> <p>Escuela..... 02</p> <p>Trabajo..... 03</p> <p>Vía pública..... 04</p> <p>Campo..... 05</p> <p>Antro, bar..... 06</p> <p>Centro recreativo o deportivo..... 07</p> <p>Establecimiento comercial..... 08</p> <p>Otro..... 77</p> <p>NS/NR..... 99</p>

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 (especifique) _____	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..... No..... No responde.....	1 2 9	D0801 → Pasa a 8.10
8.2 ¿Qué tipo de ataque fue? LEA LAS OPCIONES PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Agresiones con substancias..... 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 substancias u objetos calientes..... 08 Agresiones verbales..... Otro (Especifique) _____ D0802E NS/NR..... 99		

8.3 ¿Cuál fue el principal motivo? REGISTRA LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE	Robo o asalto..... 01 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
8.4 ¿En qué lugar te ocurrió el ataque o violencia?	Hogar..... 01 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
8.6 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió el ataque o violencia?	Nadie lo(a) atendió 01 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
8.7 Cuando sufriste el ataque o violencia ¿estabas bajo los efectos de...	alcohol? 1 drogas? 2 ambos? 3 Otro (especifique) _____ D0807E 7 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas..... 8 NS/NR..... 9
8.8 Quién te atacó, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o drogas?	Sí 1 No 2 No sabe... 8 No responde..... 9
8.9 ¿Quién fue la persona que te atacó?	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..... 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 Sí, cuando tenía 12 o más años.....2 No, nunca.....3 No recuerda.....8 No responde.....9	D0810
8.11 ¿La persona que lo hizo era hombre o mujer?	Hombre1 Mujer2 No responde.....9	D0811
8.12 ¿Qué relación tenías con esa persona?	Pareja.....1 Familiar2 Amigo(a).....3 Novio(a).....4 Vecino(a) u otro(a) conocido(a).....5 Desconocido(a)6 Policía7 No responde.....9	D0812
8.13 ¿Quién te atendió después de que sucedió el ataque? (aclara que el ataque se refiere al manoseo, caricias o relaciones sexuales en contra de su voluntad)	Nadie lo(a) atendió01 Remedios caseros, automedicación.....02 Curandero(a) o hierbero(a)03 Huesero(a) o sobador(a)04 Encargado(a) de la comunidad05 Psicólogo(a), terapeuta06 Médico(a), consultorio07 Clínica, sanatorio u hospital08 Otro (especifique) _____ D0813E77 No responde.....99	D0813
8.14 ¿Tú o tu familia denunciaron a la persona que te agredió ante las autoridades?	Sí01 No02 No Responde88	D0814
8.15 ¿Por qué no denunciaste?	Miedo.....01 Vergüenza.....02 Amenazas.....03 No sabía que podía denunciar.....04 Otro (Especifique) _____ D0815E77 No sabe.....88 No responde.....99	D0815
8.16 ¿Ante qué autoridad denunciaste? D0816	Ministerio Público01 DIF02 Síndico03 Otro (Especifique) _____ D0816E77	

8.17 ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?	Sí 1 No 2 No responde 8	D0817
		Pasa a 8.19
8.18 ¿Con qué frecuencia lo has pensado?	Siempre o muy frecuentemente 01 Casi siempre 02 Algunas veces 03 Rara vez 04 No responde 99	D0818
8.19 ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?	Sí, una vez 1 Sí, 2 o más veces 2 Nunca 3	D0819
8.20 ¿Esto fue en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2 No responde 9	D0820
8.21 ¿Cómo lo hiciste?	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 vehículo en movimiento 11	
PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN		
D0821A D0821B D0821C D0821D D0821E D0821F D0821G D0821H D0821I D0821J D0821K D0821L	Otro (Especifique) D0821E 77 No responde 99	
8.22 ¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico debido a las lesiones que te hiciste?	Sí 1 No 2 No responde 9	D0822

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.

		Sí	No	NR
9.1 En el último mes...				
[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.....		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.....	D0901H	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.....	D0901I	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.....	D0901J	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