

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT CONTINUA 2022)

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 _____

ESPECIFICAR

- 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><input type="text" value="d0101"/></p>	<p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>todos los días?..... 1 → Pasa a 1.2</p> <p>algunos días?..... 2 → Pasa a 1.4 <input type="text"/></p> <p>no fuma actualmente?..... 3 → Pasa a 1.5</p> <p>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><input type="text" value="d0102"/></p>	<p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Antes de los 12 años 97</p> <p>Entre los 13 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text" value="d0103"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text" value="d0104"/> 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</p> <p>algunos días?..... 2 → Pasa a 1.6</p> <p>Nunca ha fumado..... 3 → Pasa a 1.7</p> <p>No responde..... 9 → Pasa a 1.7</p> <p><input type="text" value="d0105"/></p>	<p>1.6 ¿Hace cuánto tiempo dejaste definitivamente de fumar?</p> <p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>Tiempo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Años.....</td> <td>1</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Meses.....</td> <td>2</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Semanas.....</td> <td>3</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Días.....</td> <td>4</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Menos de un día.....</td> <td>5</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="text" value="d0106p"/> Cualquier respuesta pasa a 1.7</p> <p><input type="text" value="d0106t"/></p>			Tiempo	Años.....	1	<input type="text"/> <input type="text"/>	Meses.....	2	<input type="text"/> <input type="text"/>	Semanas.....	3	<input type="text"/> <input type="text"/>	Días.....	4	<input type="text"/> <input type="text"/>	Menos de un día.....	5	<input type="text"/>	No responde.....	9	<input type="text"/>
		Tiempo																				
Años.....	1	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
Meses.....	2	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
Semanas.....	3	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
Días.....	4	<input type="text"/> <input type="text"/>																				
Menos de un día.....	5	<input type="text"/>																				
No responde.....	9	<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 como “e-cigarrete”, “Vape-pen”, “e-shisha” y “e-pipes”</p> <p>¿Actualmente consumes cigarros electrónicos ...</p> <p><input type="text" value="d0107"/> (MUESTRA TARJETA)</p>	<p>LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>todos los días?..... 1 <input type="text"/></p> <p>algunos días?..... 2</p> <p>Actualmente no consume..... 3</p> <p>No conoce el cigarro electrónico..... 4</p> <p>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.

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

(MUESTRA TARJETA)

- | | | | |
|--|---|--|-----------|
| Diario..... | 1 | } → Pasa a 1.9 (Hombre) o 1.10 (Mujer) | d0108 __ |
| Semanal..... | 2 | | |
| Mensual..... | 3 | | |
| Anual..... | 4 | | |
| No ha consumido en los últimos 12 meses..... | 5 | } → Pasa a sección 2 | |
| Nunca ha consumido..... | 6 | | |
| No responde..... | 9 | | |

SI ES HOMBRE, PREGUNTA:

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

- | | | | |
|---------------------------------|---|---|----------------|
| 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 sección 2 | d0109
d0110 |
| 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 | |

SECCION 2. ENFERMEDADES CRÓNICAS

2.1 ¿Algún médico te ha dicho que tienes... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d02o1a d02o1b d02o1c d02o1d </div>	Sí	No	No sabe	
	a) diabetes o la azúcar alta en la sangre?.....	1	2	9
	b) la presión alta o hipertensión?.....	1	2	9
	c) el colesterol alto?.....	1	2	9
	d) los triglicéridos altos?.....	1	2	9

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

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? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">d0301</div>	Sí.....1 No2 No sé.....9																												
3.2 ¿De cuál (es) método (s) has oído hablar? PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> D0302A D0302B D0302C D0302D D0302E1 D0302F D0302G D0302H D0302I D0302J D0302K D0302L D0302M D0302N </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Condón o preservativo masculino.....</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td>Condón femenino.....</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td>Pastillas o píldoras.....</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td>Inyecciones.....</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td>Parche anticonceptivo.....</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td>Dispositivo, DIU o aparato.....</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td>Implantes, tubos o Norplant.....</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Operación masculina o vasectomía.....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings.....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>Retiro o coito interrumpido.....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>Otro.....</td><td style="text-align: right;">77</td></tr> </table>	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
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 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> No sé8										
3.4 ¿Para qué se utiliza el condón masculino? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0304 d0304e </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Para prevenir un embarazo</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Para prevenir una infección de transmisión sexual.....</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Para prevenir un embarazo y una infección de transmisión sexual</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Otra (especificar).....</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>No sé.....</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	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).....	4	No sé.....	8
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).....	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

<p>3.5 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?</p> <p>d0305</p>	<p>EDAD [__ __]</p> <p>No he tenido relaciones sexuales00 → Pasa a filtro antes de 3.13</p> <p>No recuerdo la edad de inicio.....88</p>
<p>3.6 ¿Qué edad tenía tú pareja de esa primera relación sexual?</p> <p>d0306</p>	<p>EDAD [__ __]</p> <p>No recuerdo la edad..... 77</p> <p>No sé la edad 88</p>
<p>3.6a Cuando tuviste esa primera relación sexual ¿habías consumido alcohol o drogas?</p> <p>d0306a</p>	<p>Alcohol01</p> <p>Drogas02</p> <p>Ambos03</p> <p>Ninguno04</p>
<p>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> <p>PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> <p>D0307A</p> <p>D0307B</p> <p>D0307C</p> <p>D0307D</p> <p>D0307E1</p> <p>D0307F</p> <p>D0307G</p> <p>D0307H</p> <p>D0307I</p> <p>D0307J</p> <p>D0307K</p> <p>D0307L</p>	<p>Condón o preservativo masculino..... 01</p> <p>Condón femenino..... 02</p> <p>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente..... 03</p> <p>Pastillas o píldoras..... 04</p> <p>Inyecciones..... 05</p> <p>→ Pasa a 3.9</p> <p>Parche anticonceptivo..... 06</p> <p>Dispositivo, DIU o aparato..... 07</p> <p>Implantes, tubos o Norplant..... 08</p> <p>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma..... 09</p> <p>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, Billings..... 10</p> <p>Retiro o coito interrumpido..... 11</p> <p>Otro..... 77</p> <p>Nada..... 13</p> <p>No recuerdo..... 88</p> <p>→ Pasa a 3.9</p> <p>No sé 99</p>
<p>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?</p> <p>REGISTRA SOLO UNA OPCIÓN</p> <p>d0308</p> <p>d0308e</p>	<p>Buscaba un embarazo..... 01</p> <p>No conocía los métodos anticonceptivos, no sabía dónde obtenerlos o cómo usarlos..... 02</p> <p>No planeaba tener relaciones sexuales..... 03</p> <p>No creí que podía darse un embarazo..... 04</p> <p>Se opuso mi pareja..... 05</p> <p>Me dio pena decirle a mi pareja que usara algún método.... 06</p> <p>Me dio temor de lo que pensara mi pareja..... 07</p> <p>Otro (especifique) _____ 77</p> <p>No sé..... 88</p> <p>No recuerdo..... 89</p>
<p>3.9 ¿Fuiste presionada(o) o forzada(o) para tener esa primera relación sexual?</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No2</p> <p>No recuerdo..... 9</p> <p>d0309</p>

<p>3.16. ¿De estos embarazos cuantos han sido ...</p> <p style="text-align: center;">REGISTRE EL NÚMERO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0316a d0316b d0316c d0316d d0316e </div>	<p>a. pérdidas o abortos?..... [__ __]</p> <p>b. nacidos muertos?..... [__ __]</p> <p>c. nacidos vivos?..... [__ __]</p> <p style="text-align: center;">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?..... [__ __]</p> <p>e. después de cumplir un año de edad?..... [__ __]</p>
---	--

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

<p>3.17 ¿En qué día, mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido vivo?</p>	<p style="text-align: center;">Día [__ __] Mes [__ __] Año [__ __ __ __]</p> <p>No recuerdo.....88 88 8888</p> <p>No sé.....99 99 9999</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> d0317d d0317m d0317a </div>
---	--

<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>
---	---

<p>3.19 ¿En qué lugar te revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo?</p>	<p style="text-align: center;">SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px;">d0319 d0319e</p> <p>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01</p> <p>IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02</p> <p>ISSSTE/ ISSSTE Estatal..... 03</p> <p>Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud 04</p> <p>Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina, DIF)..... 05</p> <p>Consultorios pertenecientes a farmacias/ Farmacias con consultorio médico..... 06</p> <p>Otros privados (atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde/ Roja, ONG, dispensarios)..... 07</p> <p>Consultorio en domicilio particular de médico privado..... 08</p> <p>Casa de la partera..... 09</p> <p>Casa de la entrevistada..... 10</p> <p>Otro (<i>especifique</i>)..... 11</p> <p>No sé..... 88</p>
--	--

<p>3.20 ¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?</p>	<p style="text-align: center;">Meses [__ __] d0320</p> <p>No recuerda 88</p> <p>No sabe..... 99</p>
---	---

	SÍ	No	NS/NR	
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 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0321a d0321b d0321c d0321d d0321e d0321f d0321g d0321h d0321i d0321j d0321k d0321l d0321m d0321n d0321o d0321p </div>	A) te midieron?.....	1	2	9
	B) te pesaron?.....	1	2	9
	C) te tomaron la presión arterial?.....	1	2	9
	D) te realizaron examen(es) general(es) de orina?.....	1	2	9
	E) te realizaron examen(es) de sangre?.....	1	2	9
	F) te midieron tu nivel de azúcar en sangre?.....	1	2	9
	G) te realizaron la prueba de detección de sífilis (VRDL)?.....	1	2	9
	H) te realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	9
	I) te hicieron un ultrasonido?.....	1	2	9
	J) te vacunaron contra el tétanos?.....	1	2	9
	K) te mandaron ácido fólico?.....	1	2	9
	L) te mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio?.....	1	2	9
	M) te ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)?.....	1	2	9
	N) te ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara tu embarazo?.....	1	2	9
	Ñ) te enseñaron o explicaron cómo dar a tu bebé leche materna?.....	1	2	9
	O) te midieron la panza (fondo uterino)?.....	1	2	9

3.22 ¿En dónde te atendieron durante tu último parto?	MARQUE SOLO UNA OPCIÓN	
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	d0322 d0322e
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, DIF).....	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 en domicilio particular de médico privado.....	08	
Casa de la partera.....	09	
Casa de la entrevistada.....	10	
Otro (<i>especifique</i>).....	11	
No sé.....	88	

3.23 ¿Tu último parto fue...			
LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA SÓLO UNA	normal (vaginal)?.....	1	d0323
	cesárea por urgencia?.....	2	
	cesárea programada?.....	3	
	No sé.....	9	

3.24 Inmediatamente después del nacimiento, ¿pusieron a tu último(a) hijo(a) desnudo directamente sobre la piel desnuda de tu pecho?			
	Entrevistador: muestre la imagen de la posición piel a piel.		
	Sí.....	1	d0324
	No.....	2	
	No recuerda.....	8	
No sabe.....	9		

3.25 ¿Cuánto pesó al nacer tu último(a) hijo(a)?		
	Gramos [][] . [][][][]	
No lo/la pesaron.....	0000	} Pasa a 3.27
No recuerda.....	8888	

<p style="text-align: center;">NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0325 d0325a </div>	<p>No sabe 9999</p> <p style="text-align: center;">ANOTA LA OPCIÓN QUE INDIQUE DE DÓNDE OBTUVO LA INFORMACIÓN DEL PESO AL NACER</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">De la cartilla de vacunación.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No recuerda.....</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table>	De la cartilla de vacunación.....	1	Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....	2	No recuerda.....	8																																						
De la cartilla de vacunación.....	1																																												
Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....	2																																												
No recuerda.....	8																																												
<p>3.27 En la primera semana después del parto de tu último(a) hijo(a), ¿algún profesional de la salud te dio información sobre...</p> <p style="text-align: center;">LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0327a d0327b d0327c d0327d d0327e d0327f d0327g d0327h d0327i d0327j </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; 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 la 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>la importancia de que el bebé duerma boca arriba?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS/NR	signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9	signos y síntomas de la 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?	1	2	9
	Sí	No	NS/NR																																										
signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9																																										
signos y síntomas de la 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?	1	2	9																																										
<p>3.28 Después del nacimiento de tu último(a) hijo(a), ¿te proporcionaron un método anticonceptivo?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0328 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">→ Pasa a 3.30</td> </tr> <tr> <td>Sí, ¿en qué momento?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. Antes de salir del hospital.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Después del primer mes.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. No recuerda en qué momento.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td style="text-align: right;">} Pasa a 3.30</td> </tr> </table>	No.....	0		→ Pasa a 3.30	Sí, ¿en qué momento?				a. Antes de salir del hospital.....	1			b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....	2			c. Después del primer mes.....	3			d. No recuerda en qué momento.....	8			No sabe.....	9		} Pasa a 3.30																
No.....	0		→ Pasa a 3.30																																										
Sí, ¿en qué momento?																																													
a. Antes de salir del hospital.....	1																																												
b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....	2																																												
c. Después del primer mes.....	3																																												
d. No recuerda en qué momento.....	8																																												
No sabe.....	9		} Pasa a 3.30																																										
<p>3.29 ¿Qué método anticonceptivo te proporcionaron?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0329 </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Condón o preservativo masculino.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">01</td> </tr> <tr> <td>Condón femenino.....</td> <td style="text-align: right;">02</td> </tr> <tr> <td>Pastillas o píldoras.....</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>Parche anticonceptivo.....</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>Dispositivo, DIU o aparato</td> <td style="text-align: right;">07</td> </tr> <tr> <td>Implantes, tubos o Norplant.....</td> <td style="text-align: right;">08</td> </tr> <tr> <td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td> <td style="text-align: right;">09</td> </tr> <tr> <td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Operación masculina o vasectomía.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td style="text-align: right;">77</td> </tr> <tr> <td>No recuerda.....</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td style="text-align: right;">99</td> </tr> </table>	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																		
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																																												
<p>3.30 Sin decirme el resultado, en los últimos 12 meses ¿te hicieron una prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0330 </div> <p style="text-align: right;">Pasa a sección 4</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">→</td> </tr> <tr> <td>Sí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	No.....	0		→	Sí.....	1			<p>3.31 Sin decirme el resultado de la prueba, ¿lo recibiste?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> d0331 </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí.....</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No recuerda</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Sí.....	1	No	2	No recuerda	8	No sabe.....	9																												
No.....	0		→																																										
Sí.....	1																																												
Sí.....	1																																												
No	2																																												
No recuerda	8																																												
No sabe.....	9																																												

No recuerda..... 8	→ Pasa a sección 4
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	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, 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: 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 LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4	d0404a d0404b
4.4B ¿Tienes dificultad para ver?		
<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	d0405a d0405b
4.5B ¿Tienes dificultad para oír sonidos como voces de otras personas o música?		
<i>Verifique 4.3: ¿Usas algún aparato o recibes ayuda para caminar?</i>	SÍ, 4.3=11 (PREGUNTA 4.6) NO,4.3=2.....2 (PREGUNTA 4.10)	

<p>4.6 Cuando no usas el aparato ni 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><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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0406</div> <p>CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M..... 4</p> <p style="text-align: right;">} Pasa a 4.8</p>
<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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0407</div> <p>CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M..... 4</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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0408</div> <p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M..... 4</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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0409</div> <p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M..... 4</p> <p style="text-align: center;">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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0410</div> <p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 100 M..... 4</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>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0411</div> <p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR 500 M..... 4</p>
<p>4.12 ¿Tienes dificultad con tu cuidado propio, por ejemplo, para comer o vestirse solo/a?</p>	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">d0412</div> <p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO 4</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>d0413</p>
<p>4.14 Cuando hablas, ¿tienes dificultad para ser entendido/a por personas ajenas a este hogar?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE SER ENTENDIDO 4</p>	<p>d0414</p>
<p>4.15 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para aprender cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE APRENDER..... 4</p>	<p>d0415</p>
<p>4.16 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para recordar cosas?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR 4</p>	<p>d0416</p>
<p>4.17 ¿Tienes dificultad para concentrarte en las actividades que te gustan?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONCENTRARSE 4</p>	<p>d0417</p>
<p>4.18 ¿Tienes dificultad para aceptar cambios en tu rutina?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ACEPTAR CAMBIOS.. 4</p>	<p>d0418</p>
<p>4.19 En comparación con las personas de tu misma edad, ¿tienes dificultad para controlar tu comportamiento?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CONTROLAR SU COMPORTAMIENTO 4</p>	<p>d0419</p>
<p>4.20 ¿Tienes dificultad para hacer amigos?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE HACER AMIGOS..... 4</p>	<p>d0420</p>
<p>Las siguientes preguntas tienen varias opciones de respuestas. Te leeré las opciones después de cada pregunta.</p>		
<p>4.21 Me gustaría saber con qué frecuencia te muestras muy ansioso/a, nervioso/a o preocupado/a.</p> <p>Dirías que: ¿diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?</p>	<p>DIARIAMENTE 1 SEMANALMENTE 2 MENSUALMENTE 3 VARIAS VECES AL AÑO 4 NUNCA..... 5</p>	<p>d0421</p>

<p>4.22 Me gustaría saber con qué frecuencia te muestras muy triste o deprimido/a.</p> <p>Dirías que: ¿diariamente, semanalmente, mensualmente, varias veces al año o nunca?</p>	<p>DIARIAMENTE 1 SEMANTALMENTE 2 MENSUALMENTE 3 VARIAS VECES AL AÑO 4 NUNCA 5</p>	<p>d0422</p>
<p>SI ES MENOR DE 18 AÑOS PASA A SIGUIENTE SECCIÓN, SI TIENE 18 O 19 AÑOS CONTINUE</p>		
<p>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.</p> <p><i>Repite las categorías en cada pregunta siempre que la persona entrevistada no utilice una de estas respuestas:</i></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>		
<p>VERIFIQUE 4.1: ¿USAS ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO?</p>	<p>SÍ, 4.1=1 (PREGUNTA 4.23A Y POSTERIORMENTE PASA A FILTRO ANTES DE 4.24A) NO, 4.1=2 (PREGUNTA 4.23B)</p>	
<p>4.23A Cuando usas anteojos o lentes de contacto, ¿tienes dificultad para ver?</p> <p>4.23B ¿Tienes dificultad para ver?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE VER 4</p>	<p>d0423a d0423b</p>
<p>VERIFIQUE 4.2: ¿USAS PRÓTESIS AUDITIVA?</p>	<p>SÍ, 4.2=1 (PREGUNTA 4.24 A Y POSTERIORMENTE PASA A 4.25) NO, 4.2=2 (PREGUNTA 4.24B)</p>	
<p>4.24A Cuando usas tu(s) prótesis auditiva(s), ¿tienes dificultad para oír?</p> <p>4.24B ¿Tienes dificultad para oír?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE OÍR 4</p>	<p>d0424a d0424b</p>
<p>4.25 ¿Tienes dificultad para caminar o subir escalones?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE CAMINAR O SUBIR ESCALONES 4</p>	<p>d0425</p>
<p>4.26 ¿Tienes dificultad para recordar o concentrarse?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE RECORDAR O CONCENTRARSE 4</p>	<p>d0426</p>
<p>4.27 ¿Tienes dificultad con tu cuidado propio, tal como lavarte todo el cuerpo o vestirte?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3 LE RESULTA IMPOSIBLE ENCARGARSE DE SU CUIDADO PROPIO 4</p>	<p>d0427</p>
<p>4.28 Usando tu idioma cotidiano, ¿tienes dificultad para comunicarte, por ejemplo, entendiendo a otros o hacerte entender?</p>	<p>NINGUNA DIFICULTAD 1 CIERTA DIFICULTAD 2 MUCHA DIFICULTAD 3</p>	<p>d0428</p>

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?

REVISY SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adolescentes de 10 a 19 años)...	1	} Pasa a 5.10	d0501
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

<p>5.2 ¿Te han aplicado la vacuna contra la Hepatitis B?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0502</div>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS /NR..... 9</p> <p>} Pasa a 5.4</p>
<p>5.3 ¿Cuántas veces te la han aplicado?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0503</div>	<p>ANOTA CON NÚMERO</p> <p>Número [____]</p> <p>NS/NR..... 9</p>
<p>5.4 ¿Te han aplicado la vacuna contra el Tétanos?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0504</div>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p> <p>} Pasa a 5.6</p>
<p>5.5 ¿Cuántas veces te la han aplicado?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0505</div>	<p>ANOTA CON NÚMERO</p> <p>Número [____]</p> <p>NS/NR..... 9</p>
<p>5.6 ¿Te han aplicado la vacuna contra el Sarampión y la Rubéola (SR)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0506</div>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p> <p>} Pasa a 5.8</p>
<p>5.7 ¿Cuántas veces te la han aplicado?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px;">d0507</div>	<p>ANOTA CON NÚMERO</p> <p>Número [____]</p> <p>NS/NR..... 9</p>
<p>5.8 ¿Te han aplicado la vacuna contra el VPH (Infección por el Virus del Papiloma Humano)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 80px; margin-top: 10px; margin-left: 100px;">d0508</div>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>NS/NR..... 9</p> <p>} Pasa a sección 6</p>

5.9 ¿Cuántas veces te la han aplicado?	ANOTA CON NÚMERO
d0509	Número [____] NS/NR..... 9

PARA ADOLESCENTES QUE SÍ MOSTRARON CARTILLA O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

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

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí 1 No..... 2	B) Fecha de 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
d0516oa1	d0516oa2	d0516oa3		

d0516ob1	d0516ob2	d0516ob3		
----------	----------	----------	--	--

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
6.2 ¿Alguna vez te ha dicho un médico u otro personal de salud que sufres o has sufrido depresión?	Sí 1 No 2			d0602

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 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

<p>7.1 ¿Sufriste algún daño a tu salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?</p> <p>d0701</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe..... 8</p> <p>No responde..... 9</p> <p>→ Pasa a sección 8</p>
<p>7.2 ¿Cómo fue que te accidentaste?</p> <p>REVISAR EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p> <p>d0702</p>	<p>Choque entre vehículos de 4 o más ruedas..... 01 → Pasa a 7.3</p> <p>Choque en motocicleta..... 02</p> <p>Choque o atropellamiento como ciclista..... 03 → Pasa a 7.4</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</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> <p>Códigos: 4, 6 a 18 pasa a 7.5</p>
<p>7.3 ¿Llevabas puesto el cinturón?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>→ Pasa a 7.5</p> <p>d0703</p>
<p>7.4 ¿Llevabas puesto el casco?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>d0704</p>
<p>7.5 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Hogar..... 01</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> <p>d0705 d0705e</p>

d0707
d0707e

7.7 ¿Dónde te atendieron cuando ocurrió el accidente?

SELECCIONA UN CÓDIGO

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, DIF).....	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 en domicilio particular de médico privado.....	08
Otro (<i>especifique</i>).....	09
No sabe/No recuerda.....	10
No se atendió.....	11

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

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

d0708

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

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

d0709

SECCIÓN 8. ATAQUE O VIOLENCIA

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

<p>8.1 En los últimos 12 meses, ¿sufriste algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia?</p>	<p>Sí.....1 No.....2 No responde.....9</p> <p style="text-align: right;">d0801</p> <p style="text-align: right;">Pasa a 8.10</p>
<p>8.2 ¿Qué tipo de ataque fue?</p> <p>LEA LAS OPCIONES</p> <p>PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> D0802A D0802B D0802C D0802D D0802E1 D0802F D0802G D0802H D0802I D0802J D0802K D0802L d0802e </div>	<p>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>
<p>8.3 ¿Cuál fue el principal motivo?</p> <p>REGISTRA LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0803 d0803e </div>	<p>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)..... 77 NS/NR..... 99</p>
<p>8.4 ¿En qué lugar te ocurrió el ataque o violencia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0804 d0804e </div>	<p>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)..... 77 NS/NR..... 99</p>
<p>8.6 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió el ataque o violencia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> d0806 </div>	<p>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, terapeuta..... 06 Médico, consultorio..... 07 Clínica, sanatorio u hospital..... 08 Otro..... 77 No responde..... 99</p>

<p>8.7 Cuando sufriste el ataque o violencia ¿estabas bajo los efectos de...</p> <p>d0807 d0807e</p>	<p>alcohol?.....1 drogas?.....2 ambos?.....3 Otro (especifique) 7 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....8 NS/NR.....9</p>
<p>8.8 Quien te atacó, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o drogas?</p> <p>d0808</p>	<p>Sí 1 No.....2 No sabe...8 No responde...9</p>
<p>8.9 ¿Quién fue la persona que te atacó?</p> <p>d0809</p>	<p>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</p>
<p>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?</p> <p>d0810</p>	<p>Sí, antes de los 12..... 1 Sí, cuando tenía 12 o más años..... 2 No, nunca 3 No recuerda..... 8 No responde..... 9</p> <p style="text-align: right;">} Pasa a 8.17</p>
<p>8.11 La persona que lo hizo era hombre o mujer?</p> <p>d0811</p>	<p>Hombre 1 Mujer 2 No responde..... 9</p>
<p>8.12 ¿Qué relación tenías con esa persona?</p> <p>d0812</p>	<p>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</p>
<p>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)</p> <p>d0813 d0813e</p>	<p>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, terapeuta..... 06 Médico, consultorio 07 Clínica, sanatorio u hospital 08 Otro (especifique) 77 No responde..... 99</p>
<p>8.14 ¿Tú o tu familia denunciaron a la persona que te agredió ante las autoridades?</p> <p>d0814</p>	<p>Sí01 } Pasa a 8.16 No02 No Responde88</p>

<p>8.15 ¿Por qué no denunciaste?</p> <p>d0815</p>	<table border="0"> <tr><td>Miedo.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>Vergüenza.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>Amenazas.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>No sabía que podía denunciar.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>Otro (Especifique).....</td><td>77</td></tr> <tr><td>No sabe.....</td><td>88</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>99</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">→ Pasa a 8.17</p>	Miedo.....	01	Vergüenza.....	02	Amenazas.....	03	No sabía que podía denunciar.....	04	Otro (Especifique).....	77	No sabe.....	88	No responde.....	99												
Miedo.....	01																										
Vergüenza.....	02																										
Amenazas.....	03																										
No sabía que podía denunciar.....	04																										
Otro (Especifique).....	77																										
No sabe.....	88																										
No responde.....	99																										
<p>8.16 ¿Ante qué autoridad denunciaste?</p> <p>d0816</p>	<table border="0"> <tr><td>Ministerio Público</td><td>01</td></tr> <tr><td>DIF</td><td>02</td></tr> <tr><td>Síndico</td><td>03</td></tr> <tr><td>Otro (Especifique)</td><td>77</td></tr> </table>	Ministerio Público	01	DIF	02	Síndico	03	Otro (Especifique)	77																		
Ministerio Público	01																										
DIF	02																										
Síndico	03																										
Otro (Especifique)	77																										
<p>8.17 ¿Alguna vez has pensado en suicidarte?</p> <p>d0817</p>	<table border="0"> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>8</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">→ Pasa a 8.19</p>	Sí	1	No	2	No responde	8																				
Sí	1																										
No	2																										
No responde	8																										
<p>8.18 ¿Con qué frecuencia lo has pensado?</p> <p>d0818</p>	<table border="0"> <tr><td>Siempre o muy frecuentemente</td><td>01</td></tr> <tr><td>Casi siempre</td><td>02</td></tr> <tr><td>Algunas veces</td><td>03</td></tr> <tr><td>Rara vez</td><td>04</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>99</td></tr> </table>	Siempre o muy frecuentemente	01	Casi siempre	02	Algunas veces	03	Rara vez	04	No responde	99																
Siempre o muy frecuentemente	01																										
Casi siempre	02																										
Algunas veces	03																										
Rara vez	04																										
No responde	99																										
<p>8.19 ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?</p> <p>d0819</p>	<table border="0"> <tr><td>Sí, una vez</td><td>1</td></tr> <tr><td>Sí, 2 o más veces</td><td>2</td></tr> <tr><td>Nunca</td><td>3</td></tr> </table> <p style="text-align: right;">→ Pasa a sección 9</p>	Sí, una vez	1	Sí, 2 o más veces	2	Nunca	3																				
Sí, una vez	1																										
Sí, 2 o más veces	2																										
Nunca	3																										
<p>8.20 ¿Esto fue en los últimos 12 meses?</p> <p>d0820</p>	<table border="0"> <tr><td>Sí</td><td>1</td></tr> <tr><td>No</td><td>2</td></tr> <tr><td>No responde</td><td>9</td></tr> </table>	Sí	1	No	2	No responde	9																				
Sí	1																										
No	2																										
No responde	9																										
<p>8.21 ¿Cómo lo hiciste?</p> <p>PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN</p> <p>D0821A D0821B D0821C D0821D D0821E1 D0821F D0821G D0821H D0821I D0821J D0821K D0821L</p> <p>d0821e</p>	<table border="0"> <tr><td>Envenenamiento con medicamentos.....</td><td>01</td></tr> <tr><td>Envenenamiento con narcóticos.....</td><td>02</td></tr> <tr><td>Envenenamiento con alcohol.....</td><td>03</td></tr> <tr><td>Envenenamiento por inhalación de hidrocarburos.....</td><td>04</td></tr> <tr><td>Envenenamiento con fumigantes, insecticidas.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>Envenenamiento con productos químicos, ácidos, corrosivos.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>Ahorcamiento.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>Arma de fuego.....</td><td>08</td></tr> <tr><td>Quemadura.....</td><td>09</td></tr> <tr><td>Objetos cortantes.....</td><td>10</td></tr> <tr><td>Arrojarse al vacío o vehículo en movimiento.....</td><td>11</td></tr> <tr><td>Otro (Especifique).....</td><td>77</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>99</td></tr> </table>	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	Otro (Especifique).....	77	No responde.....	99
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																										
Otro (Especifique).....	77																										
No responde.....	99																										

8.22 ¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico debido a las lesiones que te hiciste? <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">d0820</div>	Sí1 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.				
		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...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			
				<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">d0902</div>