



SECRETARÍA DE SALUD
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005



Cuestionario Individual del Adolescente de 10 a 19 años de Edad

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

ENTIDAD FEDERATIVA _____ / / / /

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ / / / /

LOCALIDAD _____ / / / / / /

COLONIA _____

CLAVE DE AGEB / / / / / - / /

ESTRATO / / / NUMERO DE UPM / / / /

CIUDAD / / / / /

MANZANA / / / / /

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA / / / / /

CONTROL / / / / / - / / / / / - / / / / - / / / /

FOLIO DE LA VIVIENDA / / / / - / / / / / / / / /

HOGAR / / / de / / / /
DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO / / / de / / / /
DEL HOGAR

No. DE REG. DEL ADOLESCENTE SELECCIONADO / / / /

SEXO: HOMBRE 1

MUJER 2

EDAD: / / / / / AÑOS / / / / / MESES

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA Y NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR

_____ (CALLE, AVENIDA,, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD, KM)

_____ NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

NÚM. EXTERIOR NÚM. INTERIOR

LOCALIDAD

(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

MUNICIPIO _____ COD. POSTAL _____

VISITA AL HOGAR	1ª.	2ª.	ÚLTIMA VISITA
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	_____ / / / / /	_____ / / / / /	_____ / / / / /
HORA DE INICIO	/ / / / : / / / /	/ / / / : / / / /	/ / / / : / / / /
HORA DE TERMINO	/ / / / : / / / /	/ / / / : / / / /	/ / / / : / / / /
FECHA (dd mm aaaa)	/ / / - / / / - / / / / /	/ / / - / / / - / / / / /	/ / / - / / / - / / / / /
RESULTADO (*)	/ / /	/ / /	/ / /

*** CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA**

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| 1. ENTREVISTA COMPLETA | 4. AUSENCIA DE OCUPANTES EN EL MOMENTO DE LA VISITA | 7. VIVIENDA DESABITADA |
| 2. ENTREVISTA INCOMPLETA | 5. SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 8. VIVIENDA EN USO TEMPORAL |
| 3. INFORMANTE INADECUADO | 6. ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 9. OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 4.2

V01	Choques de o entre vehículos de transporte (Choque, o caída de o entre automóvil, autobús, tren, bicicleta, carreta, caballo, motocicleta, etc.).....	01
V00	Atropellamiento (peatón atropellado por automóvil, camión, tren, bicicleta, motocicleta).....	02
V80	Otros accidentes de transporte (Accidentes de transporte acuático, Aéreo, teleférico, etc.).....	03
W00	Caída mismo nivel (resbalón, traspíe, tropezón a nivel del piso).....	04
W10	Caída de un nivel a otro (desde un mueble, escalera, andamio, árbol edificio o casa habitación).....	05
W20	Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas Incluye: golpe, aplastamiento por o contra objetos, maquinaria o equipos (ejem: elevadores), Herramientas o maquinaria,, vidrios u otros objetos cortantes, explosiones Accidentales, cuerpo extraño en ojo u orificio natural.....	06
W50	Exposición a fuerzas mecánicas animadas (Mordedura, golpe, patada o picadura de animal no ponzoñoso, como rata, perro, cocodrilo, etc. aplastamiento por estampida humana y contacto con plantas no venenosas.....	07
W85	Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión del aire ambientales extremas (Choque eléctrico, exposición a rayos X, rayos UV, láser, calor o frío excesivo artificial, presión atmosférica alta o baja).....	08
X00	Exposición al fuego, humo y llamas (Incendios, fogatas, chimeneas, ignición de combustibles, ropas, etc.).....	09
X10	Contacto con calor y sustancias calientes (Bebidas. Alimentos, agua, aceite, vapor, aire caliente, utensilios domésticos, calentadores, motores o metales calientes).....	10
X30	Exposición a fuerzas de la naturaleza (por ej.: calor frío natural, radiación solar, rayos, terremoto, avalancha, ciclón, inundación).....	11
X20	Contacto traumático con animales y plantas venenosos (Alacranes, serpientes. arañas, avispas, abejas, ciempiés, medusas, etc.).....	12
X40	Envenenamiento accidental (por ej.: medicamentos, alcohol, solventes, derivados del petróleo, gases de escape, plaguicidas, raticidas y otros productos químicos).....	13
W65	Ahogamiento y sumersión accidentales (En bañeras, albercas, piscinas, depósitos de agua y en mar, río, arroyos o lagunas).....	14
W75	Otros accidentes que obstruyen la respiración (Sofocación o estrangulamiento accidental, inhalación de contenido gástrico, alimentos u objetos, encierro en lugar herméticamente cerrado, sofocación por bolsa plástica).....	15
X50	Exposición accidental a otros factores (por ej.: exceso de esfuerzo físico, privación de alimentos y agua, y exposición a otros factores).....	16

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 5.2

X85	Agresiones con sustancias (Gas, fertilizantes, vapor, plaguicidas, ácidos, medicamentos)	01
X91	Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento	02
X93	Arma de fuego (agresión por disparo de pistola, rifle escopeta, explosivo).....	03
X99	Objetos cortantes (cuchillos, punzones, etc.).....	04
Y01	Empujón desde lugar elevado (desde un mueble, escalera, andamio, árbol edificio o casa habitación)	05
Y04	Empujón, bofetada, golpe, puñetazo, patadas.....	06
Y05	Agresión sexual (Uso de la fuerza física para violar o actos de sodomía).....	07
Y07	Otras agresiones o maltrato (negligencia, abandono, tortura).....	08

Buenos días (tardes), mi nombre es _____ y trabajo para el Instituto Nacional de Salud Pública. Estamos visitando los hogares para aplicar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005, por lo que te haremos unas preguntas sobre tu estado de salud. Tus respuestas serán de gran ayuda para este estudio. La información que tú nos proporciones será estrictamente confidencial y solamente será utilizada para fines estadísticos.

SECCIÓN 1. FACTORES DE RIESGO

<p>1.1 ¿Has fumado por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda tu vida?</p>	<p>Sí 1 No 2 Nunca ha fumado 3</p>	<p>[] PASE A 1.3</p>
<p>1.2 ¿Cuántos cigarros fumas o fumabas y con que frecuencia?</p>	<p>Diario 1 Semanal 2 Mensual 3 Ocasional 4 Al menos una vez al año 5 No sabe 9</p>	<p>[] [] No. de cigarrillos [] Frecuencia</p>
<p>1.3 ¿Actualmente tomas?</p>	<p>Sí 1 No 2 Nunca ha tomado 0</p>	<p>[] PASE A 2.1</p>
<p>1.4 ¿Con qué frecuencia tomas (tomabas) 5 copas o más en una ocasión?</p>	<p>Nunca toma 5 o más copas 0 Diario o casi todos los días 1 3 o 4 veces por semana 2 1 o 2 veces por semana 3 1 o 3 veces al mes 4 7 a 11 veces al año 5 3 a 6 veces al año 6 1 a 2 veces al año 7 No responde 8</p>	<p>[]</p>

SECCIÓN 2. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Entrevistador: APLICAR SÓLO A ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS, MUJERES MENORES 12 AÑOS PASE A 2.19; HOMBRES MENORES 12 AÑOS PASE A 3.1

AHORA TE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE EL EMBARAZO Y CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

<p>2.1 ¿Conoces o has oído hablar de algún método para no embarazarse o no tener hijos?</p>	<p>Sí 1 No 2 No responde 8</p>	<p>[] PASE A 2.3</p>
---	--	------------------------------------

2.2 ¿De cuál (es) método (s) has oído hablar?	Pastillas o píldoras.....01 Dispositivo, DIU o aparatito02 Inyecciones03 Ovulos, jaleas, espumas o diafragma.....04 Preservativo o condón05 Operación femenina o OTB06 Operación masculina o vasectomía.....07 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings08 Retiro o coito interrumpido.....09 Pastilla de emergencia10 Otro77 No responde88	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.3 ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?	No ha tenido relaciones sexuales.....00 No responde88	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 2.18</div> <input type="text"/> <input type="text"/> Edad en años cumplidos
2.4 La primera vez que tuviste relaciones sexuales ¿qué hicieron o usaron tú o tu pareja para evitar un embarazo o una enfermedad? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION</div>	Pastillas o píldoras.....01 Pastilla o píldora de emergencia o del día después02 Inyecciones03 Norplant, tubitos o implantes04 Ovulos, jaleas, espumas o diafragma.....05 Preservativo o condón06 Dispositivo, DIU, o aparatito07 Operación femenina u OTB08 Operación masculina o vasectomía.....09 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings10 Retiro o coito interrumpido.....11 Otro12 Nada13 No responde88	 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.5 En la última relación sexual ¿usaron condón?	Sí.....1 No2 No responde8	<input type="text"/>
Entrevistador: APLICAR SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 19 AÑOS SÓLO SI EN 2.3 RESPONDIÓ HABER TENIDO REALACIONES SEXUALES; HOMBRES PASE A 2.16		
2.6 ¿Has estado embarazada alguna vez?	Sí.....1 No2 No Responde8	<input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PASE A 2.16</div>
2.7 ¿De estos embarazos cuántos han sido...	nacidos vivos, aunque hayan muerto después? nacidos muertos? abortos?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Entrevistador: APLICAR SÓLO PARA MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS PREG. 2.7; SI NO, PASE A 2.16		

2.8 ¿En que mes y año nació tu último(a) hijo(a) nacido vivo?	Menos de un mes00 0000 No Recuerda.....99 9999	[][] mes [][][][] año
Entrevistador: APLICAR SÓLO PARA MUJERES CUYO ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO FUE DE 2000 A LA FECHA, SINO PASE A 2.16		
2.9 Cuando estuviste embarazada de tu último hijo ¿quién y cuántas veces te revisó por el embarazo? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION</div>	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, Aux. o asistente de salud..... 3 Partera 4 Otro personal 7 Nadie..... 0 No Responde 8	Persona veces [][] [][] [][] [][] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 2.11</div>
2.10 ¿Cuántos meses de embarazo tenías cuando te revisaron por primera vez?	No Recuerda..... 99	[][] meses
2.11 ¿Quién te atendió de tu último parto?	Médico 1 Enfermera 2 Promotora, Aux. o asistente de salud..... 3 Partera 4 Pariente o Familiar..... 5 Otro personal 7 Nadie..... 0 No Responde 8	[][] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 2.16</div>
2.12 ¿En dónde te atendieron durante tu último parto?	IMSS OPORTUNIDADES.....01 IMSS02 SSA (Centro de Salud u Hospital)03 SEGURO POPULAR (SSA)04 DIF, S.S ESTATAL, CRUZ ROJA, INI.....05 ISSSTE, ISSSTE ESTATAL06 MARINA/DEFENSA, PEMEX07 PARTICULAR08 HOSPITAL CIVIL09 INSTITUTOS NACIONALES10 Casa de la partera07 Casa de la entrevistada08 OTRA INSTITUCIÓN.....77 NO SABE99	[][]
2.13 ¿Elegiste el lugar de atención?	Sí..... 1 No 2 No Responde 8	[][]
2.14 ¿Tuviste alguna complicación al momento del parto?	Sí..... 1 No 2 No Responde 8	[][]
2.15 ¿Tu último parto fue...	normal?..... 1 cesárea por urgencia? 2 cesárea programada? 3	[][]
2.16 Actualmente ¿tú o tu pareja están haciendo algo para no tener hijos?	Sí..... 1 No 2 Está embarazada..... 3 No tiene pareja 4	[][] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 2.18</div>

<p>2.17 ¿Qué están haciendo tú o tu pareja para no tener hijos?</p> <p>PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION</p>	<p>Operación femenina o Ligadura 01</p> <p>Operación masculina o Vasectomía..... 02</p> <p>Pastillas o píldoras..... 03</p> <p>Inyecciones 04</p> <p>Norplant 05</p> <p>Dispositivo, DIU 06</p> <p>Preservativo o condón 07</p> <p>Ovulos, jaleas o espumas..... 08</p> <p>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings..... 09</p> <p>Retiro o coito interrumpido..... 10</p> <p>Pastilla de emergencia 11</p> <p>Otro 77</p> <p>No Responde 88</p>	<p>[] []</p> <p>[] []</p> <p>[] []</p>
<p>2.18 ¿Cuáles de los siguientes métodos crees que sirvan para evitar una infección de transmisión sexual o VIH/SIDA....</p> <p>PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCION</p>	<p>Condomes? 01</p> <p>Retiro o venirse afuera?..... 02</p> <p>Pastillas o píldoras?..... 03</p> <p>Lavado vaginal?..... 04</p> <p>Ritmo o calendario? 05</p> <p>Tomar té de hierbas? 06</p> <p>Relaciones sólo con tu pareja?..... 07</p> <p>No tener relaciones sexuales?..... 08</p> <p>Otro? 77</p> <p>No responde 88</p>	<p>[] []</p> <p>[] []</p> <p>[] []</p>
<p>Entrevistador: APLICAR SÓLO PARA MUJERES DE 10 A 19 AÑOS, HOMBRES PASE A 3.1</p>		
<p>2.19 ¿A qué edad tuviste tu primera regla o menstruación?</p>	<p>No ha comenzado..... 00</p> <p>No Responde 88</p> <p>No Sabe 99</p>	<p>[] []</p> <p>anote edad</p>

SECCION 3. ACTIVIDAD FÍSICA Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS

AHORA TE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE LOS JUEGOS, DEPORTES, EJERCICIOS O ACTIVIDADES QUE HACES.

<p>3.1 Trata de recordar tus actividades en el último mes. ¿Cuántas horas a la semana dedicaste a actividades vigorosas como: jugar fútbol, básquetbol, voleibol, karate o artes marciales, andar en bicicleta, patinar o andar en patineta, bailar o tomar clases de baile, correr, hacer gimnasia, aerobics o ballet, nadar u otros juegos o deportes u actividades donde tengas que correr o te agites?</p>	<p>Nada 1</p> <p>Menos de media hora a la semana 2</p> <p>De media hora a dos horas a la semana 3</p> <p>De 3 a 4 horas a la semana 4</p> <p>De 5 a 6 horas a la semana 5</p> <p>7 o más horas a la semana 6</p>	<p>[]</p>
<p>3.2 ¿Cuánto tiempo dedicaste a actividades como limpiar o arreglar la casa, caminar (incluyendo ir caminando a la escuela), cargando cosas en el campo?</p>	<p>Nada 1</p> <p>Menos de media hora a la semana 2</p> <p>De media hora a dos horas a la semana 3</p> <p>De 3 a 4 horas a la semana 4</p> <p>De 5 a 6 horas a la semana 5</p> <p>7 o más horas a la semana 6</p>	<p>[]</p>
<p>3.3 Piensa en una semana normal. ¿Cuántas horas ves televisión de lunes a viernes (sin contar tiempo jugando video juegos o viendo películas en la videgrabadora)? Incluye el tiempo que veas televisión en la mañana, tarde o noche.</p>	<p>Nada 1</p> <p>Menos de una hora..... 2</p> <p>1-2 horas..... 3</p> <p>3-4 horas..... 4</p> <p>5-6 horas..... 5</p> <p>7-8 horas..... 6</p> <p>9 o más horas 7</p>	<p>[]</p>

	<p>Nada 1</p>	
--	---------------------	--

3.4 En un día entre semana, ¿Cuántas horas ves películas o videos en videgrabadora?	Menos de una hora.....2 1-2 horas.....3 3-4 horas.....4 5-6 horas.....5 7-8 horas.....6 9 o más horas.....7	[]
3.5 En un día entre semana, ¿cuántas horas juegas video juegos (atari, sega, nintendo, gameboy, x-box, play- station, u otros juegos de video o computadora)?	Nada1 Menos de una hora.....2 1-2 horas.....3 3-4 horas.....4 5-6 horas.....5 7-8 horas.....6 9 o más horas7	[]
3.6 En un día de fin de semana ¿Cuántas horas ves televisión (sin contar tiempo jugando video juegos o viendo películas en la videgrabadora)? Incluye el tiempo que veas televisión en la mañana, tarde o noche.	Nada1 Menos de una hora.....2 1-2 horas.....3 3-4 horas.....4 5-6 horas.....5 7-8 horas.....6 9 o más horas.....7	[]
3.7 En un día de fin de semana ¿Cuántas horas ves películas o videos en una videgrabadora?	Nada1 Menos de una hora.....2 1-2 horas.....3 3-4 horas.....4 5-6 horas.....5 7-8 horas.....6 9 o más horas.....7	[]
3.8 En un día de fin de semana ¿cuántas horas juegas video juegos (atari, sega, nintendo, gameboy, x-box, play- station u otros juegos de video y computadora)?	Nada1 Menos de una hora.....2 1-2 horas.....3 3-4 horas.....4 5-6 horas.....5 7-8 horas.....6 9 o más horas.....7	[]

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

¿Con que frecuencia en los últimos 3 meses..... Mostrar 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)	
3.9 te ha preocupado engordar?.....	1	2	3	4	[]
3.10 en ocasiones, has comido demasiado?.....	1	2	3	4	[]
3.11 has perdido el control sobre lo que comes?.....	1	2	3	4	[]
3.12 has vomitado después de comer para bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]
3.13 has hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]
3.14 has hecho dietas para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]

3.15 has hecho ejercicio en exceso para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]
3.16 has usado pastillas para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]
3.17 has tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]
3.18 has tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso?.....	1	2	3	4	[]

SECCION 4. ACCIDENTES

<p>4.1 ¿Sufriste algún daño a tu salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí 1 No 2 No sabe 9 No responde 8</p>	<p>[]</p> <p>PASE A 5.1</p>
<p>4.2 ¿Cómo fue que te accidentaste?</p> <p>REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p>	<p>Choque de o entre vehículos de transporte01 Atropellamiento02 Otros accidentes de transporte03 Caída de un mismo nivel.....04 Caída de un nivel a otro05 Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas06 Exposición a fuerzas mecánicas animada.....07 Exposición a corriente eléctrica, radiación, temperatura y presión atmosférica extremas08 Exposición al fuego, humo y llamas..... 09 Contacto con calor y sustancias calientes..... 10 Exposición a fuerzas de la naturaleza..... 11 Contacto traumático con animales y plantas venenosas.....12 Envenenamiento accidental.....13 Ahogamiento y sumersión accidental.....14 Otros accidentes que obstruyen la respiración15 Exposición accidental a otros factores.....16 No sabe.....99 No responde.....88</p>	<p>[]</p>

<p>4.3 ¿Qué tipo de daño tuviste?</p> <p>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p>	<p>Moretón01 Raspón superficial.....02 Golpe 03 Hueso roto.....04 Hueso o articulación zafado.....05 Torcedura de articulación..... 06 Cortada o perforación de la piel o tejido subyacente.... 07 Raspón o raspadura profunda.....08 Arrancamiento o cercenamiento de algún miembro o apéndice09 Quemada, desde enrojecimiento hasta carbonización 10 Intoxicación por sustancias (medicamentos, ponzoñas, o sustancias químicas) 11 Daño psicológico12 Otro.....77 No responde88</p>	<p>[]</p>
<p>4.4 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Nada o nadie01 Remedios caseros, automedicación02 Curandero(a) o yerbero(a)03 Huesero(a) o sobador(a)04 Encargado(a) de la comunidad05 Psicólogo, terapeuta.....06 Médico, consultorio07 Clínica, sanatorio u hospital08 Otro.....77 No responde88</p>	<p>[]</p>
<p>4.5 ¿En qué lugar te encontrabas cuando ocurrió el accidente?</p>	<p>Hogar01 Escuela.....02 Trabajo03 Vía pública.....04 Campo05 Lugar de recreo o deportivo06 Establecimiento comercial.....10 Otro.....77 No responde88</p>	<p>[]</p>
<p>4.6 ¿Cuándo sufriste el accidente estabas bajo los efectos de ...</p>	<p>Alcohol? 1 Drogas? 2 Otro? 7 Especifique No estaba bajo efectos..... 0 No sabe9</p>	<p>[]</p>
<p>4.7 ¿Qué tipo de problema de salud te ocasionó el accidente?</p>	<p>Ningún problema 0 Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda) 1 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos 2 Dificultad para oír 3 Dificultad para hablar 4 Dificultad para ver o ceguera 5 Tiene otra limitación física o mental 7 No responde 8</p>	<p>[]</p>

SECCION 5. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

<p>5.1 ¿Sufriste algún daño a tu salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí 1 No 2 No responde 9</p>	<p>[]</p> <p>PASE A 5.10</p>
--	--	-------------------------------

<p>5.2 ¿Qué fue lo que pasó?</p> <p>REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO</p>	<p>Agresiones con sustancias.....01 Sofocación, estrangulamiento, Ahogamiento.....02 Arma de fuego03 Objetos cortantes04 Empujón desde lugar elevado05 Golpes, patadas, puñetazos.....06 Agresión sexual07 Otras agresiones o maltrato08 Otro 77 Especifique No responde 88</p>	<p>[] []</p>
<p>5.3 ¿Cuál fue el principal motivo?</p> <p>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p>	<p>Robo o asalto.....01 Incidente de tránsito02 Riña03 Secuestro.....04 Detención.....05 Violación06 Violencia con familiares.....07 Otro 77 Especifique No responde 88</p>	<p>[] []</p>
<p>5.4 ¿Qué tipo de daño tuviste?</p> <p>ANOTAR OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p>	<p>Moretón.....01 Raspón superficial.....02 Golpe.....03 Hueso roto.....04 Hueso o articulación zafado.....05 Torcedura de articulación.....06 Cortada o perforación de la piel o tejido subyacente.....07 Raspón o raspadura profunda.....08 Arrancamiento o cercenamiento de algún miembro o apéndice09 Quemada, desde enrojecimiento hasta carbonización..... 10 Intoxicación por sustancias (medicamentos, ponzoñas, o sustancias químicas) 11 Daño psicológico12 Otro77 No responde 88</p>	<p>[] []</p>
<p>5.5 ¿Qué hiciste o quién te atendió, cuando ocurrió la agresión o violencia?</p>	<p>Nada o nadie01 Remedios caseros, automedicación 02 Curandero(a) o yerbero(a).....03 Huesero (a) o sobador(a)04 Encargado(a) de la comunidad05 Psicólogo, terapeuta.....06 Médico, consultorio.....07 Clínica, sanatorio u hospital08 Otro77 No responde 88</p>	<p>[] []</p>
<p>5.6 ¿En que lugar ocurrió la agresión o violencia?</p>	<p>Hogar01 Escuela02 Trabajo.....03 Transporte público.....04 Vía pública05 Campo06 Lugar de recreo o deportivo07 Establecimiento comercial.....08 Otro77 No responde..... 88</p>	<p>[] []</p>

<p>5.7 ¿Cuándo sufriste la agresión o violencia estabas bajo los efectos de ...</p>	<p>Alcohol?1 Drogas?2 Otro?7 Especifique No estaba bajo efectos.....0 No sabe9</p>	<p>[]</p>
<p>5.8 ¿Quién fue la persona que te lastimó?</p>	<p>Pareja1 Familiar2 Amigo.....3 Novio.....4 Vecino u otro conocido5 Desconocido 6 Policía 7 No responde.....8</p>	<p>[]</p>
<p>5.9 ¿Qué tipo de problema de salud te ocasionó la agresión o la violencia?</p>	<p>Ningún problema.....0 Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda)1 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....2 Dificultad para oír3 Dificultad para hablar.....4 Dificultad para ver o ceguera.....5 Tiene otra limitación física o mental7 No responde8</p>	<p>[]</p>
<p>5.10 ¿Alguna vez a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarte la vida?</p>	<p>Sí, una vez.....1 Sí, 2 ó más veces2 Nunca3</p>	<p>[]</p> <p>→ FIN DE LA ENTREVISTA</p>
<p>5.11 ¿Cómo lo hiciste?</p> <p>PUEDA ANOTAR MAS DE UNA OPCION</p>	<p>Envenenamiento con medicamentos01 Envenenamiento con narcóticos02 Envenenamiento con alcohol03 Envenenamiento por inhalación de hidrocarburos.....04 Envenenamiento por fumigantes, insectidas05 Envenenamiento con productos químicos, ácidos, corrosivos 06 Ahorcamiento.....07 Arma de fuego08 Quemadura.....09 Objetos cortantes10 Arrojarse al vacío o vehículo en movimiento11 Otro 77 Especifique No responde88</p>	<p>[] []</p> <p>[] []</p> <p>[] []</p>
<p>5.12 ¿Estuviste hospitalizado(a) o bajo tratamiento médico debido a las lesiones que te hiciste?</p>	<p>Sí1 No2</p>	<p>[]</p>

