

CUESTIONARIO DE ADULTOS DE 20 AÑOS O MÁS

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA Resultados_Entrevistas_Adul

ENTIDAD FEDERATIVA _____ _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____ _____

LOCALIDAD _____ _____

CLAVE DE AGEB..... _____

MANZANA _____

2. CONTROL DE CUESTIONARIO

HOGAR..... DE _____ DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO _____ DE _____ DEL HOGAR

NÚMERO DE VIVIENDA _____

FOLIO: _____

3 DIRECCIÓN DE LA PERSONA SELECCIONADA Resultados_Entrevistas_Adul

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

_____ _____ _____
NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____ _____
CÓDIGO POSTAL

4. DATOS DEL ADULTO SELECCIONADO Individual_Adultos

NÚMERO DE RESIDENTE DEL ADULTO SELECCIONADO _____

SEXO: HOMBRE.....1 MUJER.....2 EDAD: AÑOS MESES _____

5. RESULTADO DE LA VISITA Resultados_Entrevistas_Adul

NÚMERO DE VISITA	1a.	2a.	3a.	4a.
NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>	<input type="text" value="nom_e1"/>
FECHA (dd mm aa)	<input type="text" value="vis1f"/>	<input type="text" value="vis2f"/>	<input type="text" value="vis3f"/>	<input type="text" value="vis4f"/>
RESULTADO (*)	<input type="text" value="vis1r"/>	<input type="text" value="vis2r"/>	<input type="text" value="vis3r"/>	<input type="text" value="vis4r"/>
HORA DE INICIO	<input type="text" value="vis1h"/>	<input type="text" value="vis2h"/>	<input type="text" value="vis3h"/>	<input type="text" value="vis4h"/>
HORA DE TÉRMINO	<input type="text" value="vis1ft"/>	<input type="text" value="vis2ft"/>	<input type="text" value="vis3ft"/>	<input type="text" value="vis4ft"/>

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | 10 NO ES VIVIENDA |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 07 VIVIENDA DESHABITADA | 11 OTRO (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES) |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 08 VIVIENDA DE USO TEMPORAL | 99 ADULTO QUE SE CONVIERTE EN ADOLESCENTE |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 09 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA | |
| 05 AUSENCIA DE PERSONA SELECCIONADA EN EL MOMENTO DE LA VISITA | | |

A. ¿Cuál es el sexo del(de la) entrevistado(a)?

asexo

ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA DEBE
SER CONTESTADA POR USTED

Hombre.....1

Mujer.....2

B. ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente?

aedad

Edad [][][][]

NS/NR.....999

ENTREVISTADOR: ANTES DE INICIAR DÍGALE AL ADULTO QUE DURANTE LA ENTREVISTA PUEDE UTILIZAR LENTES Y/O APARATO(S)
AUDITIVO(S) EN CASO DE QUE LOS USE HABITUALMENTE

ENTREVISTADOR:

14.0 El adulto presenta alguno de los siguientes problemas: a1400

Tiene problemas auditivos graves (sordo)1

Tiene problemas para hablar o comunicarse2

No presenta los problemas 1 y 23

FILTRO:

1.- PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS CON CÓDIGO 1 y/o 2 EN 14.0 PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY Y PASE A 14a.11,
CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO AL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY

2.- PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS CON CÓDIGO 3 EN 14.0 PASE A 0.1

3.- PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON CÓDIGO 1 y/o 2 EN PREGUNTA 14.0, PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY Y PASE A
14a.11, CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO MAYOR AL INFORMANTE SUSTITUTO/PROXY

4.- PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 14.0 CONTINÚE

XIV A. ESTADO COGNOSCITIVO

A continuación le voy a presentar una serie de ejercicios para ver cómo funciona su memoria. Le voy a hacer algunas preguntas y le voy a pedir que realice algunas tareas. Puede sentir que algunas son más difíciles que otras. Si no puede contestar alguna pregunta o realizar una tarea, no se preocupe; lo importante es que realice su mejor esfuerzo y que me dé la mejor respuesta que pueda.

Queja subjetiva de memoria

14a.01 ¿Ha tenido dificultades con su memoria que sean un
problema para usted?

a14a01

No.....1

Sí, de intensidad ligera/moderada o infrecuente.....2

Sí, de intensidad severa, frecuente o persistente.....3

La pregunta no se entendió, no se obtiene respuesta
o es inaudible, inapropiada, incoherente, el valor es
incierto.....4

Dato no obtenido, pregunta no realizable o no aplicable..9

Mini-COG

14a.03 Ahora le voy a pedir que repita tres palabras y trate de
memorizarlas porque se las voy a preguntar más adelante. Las
palabras son: árbol, casa, perro. RepítalasENTREVISTADOR: COLOQUE "1" POR
CADA PALABRA REPETIDA Y "0" SI NO
REPITIÓ LA PALABRA

Palabra Correcto

Árbol [] a14a03a

Casa [] a14a03b

Perro [] a14a03c

Total []

Fluencia verbal (número de animales en 1 minuto)

Instrucciones:

"Quiero que piense en todos los animales que conoce que vivan en el aire, en el agua, en la tierra, en el bosque, todas las clases de animales. Y que me diga todos los nombres de los animales que recuerde, EN UN MINUTO. ¿Está listo? Vamos a comenzar."

ENTREVISTADOR: CUENTE LOS ANIMALES MENCIONADOS, EN UN MINUTO, POR EL ADULTO MAYOR SELECCIONADO. NO AYUDE NI
DÉ PISTAS.

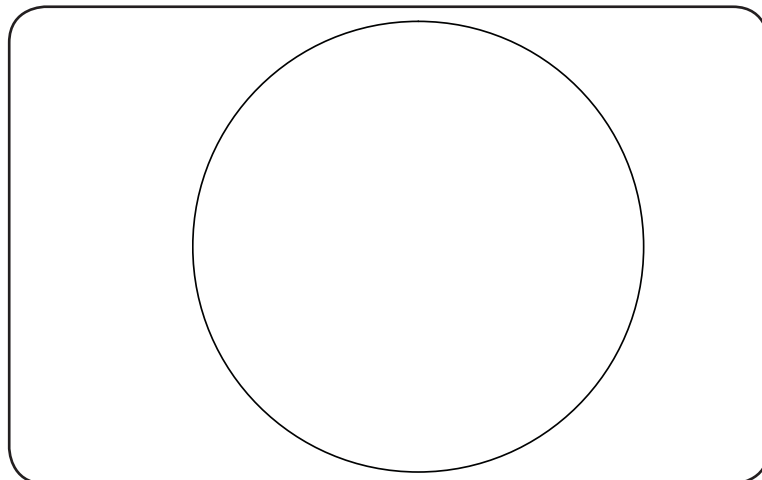
14a.03a Número de animales evocados: [][] a14a03_a

XIV A. ESTADO COGNOSCITIVO

Reloj

14a.04 Ahora le voy a mostrar UN CÍRCULO EN EL CUAL VA A DIBUJAR la figura de un reloj. Le voy a pedir por favor que dibuje la carátula con todos sus números y las manecillas marcando las 11:10 (Once y diez).

ENTREVISTADOR: LA PRUEBA DEBE REALIZARSE EN UN TIEMPO MÁXIMO DE 3 MINUTOS. NO AYUDE NI DÉ PISTAS.



Mini-COG

14a.05 La prueba no se realizó porque el adulto mayor tiene dificultad para escribir debido a que:

a14a05

Presenta problemas de visión.....1
 Presenta problemas motores y/o articulares.....2
 No presenta alguno de los problemas anteriores y se negó a hacer la prueba.....3
 Realizó la prueba.....4

PASE A
14a.09

Permítame un momento, anotaré algunos datos sobre el ejercicio realizado.

ENTREVISTADOR: CALIFIQUE DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES CRITERIOS, GUIÁNDOSE POR EL MODELO

UTILICE ESTA FIGURA COMO GUÍA PARA CALIFICAR LAS PREGUNTAS 14a.06, 14a.07 y 14a.08

14a.06 ¿Se encuentran ubicados los números correspondientes a un reloj analógico (del 1 al 12) dentro de la carátula del reloj en la secuencia correcta?

a14a06

14a.07 Imaginando cuatro partes iguales (cuadrantes) dentro de la carátula del reloj, ¿alguno de los cuadrantes contiene más de tres números?

a14a07

14a.08 ¿Las manecillas se encuentran ubicadas, de manera aproximada, dentro del área sombreada correspondiente?

a14a08

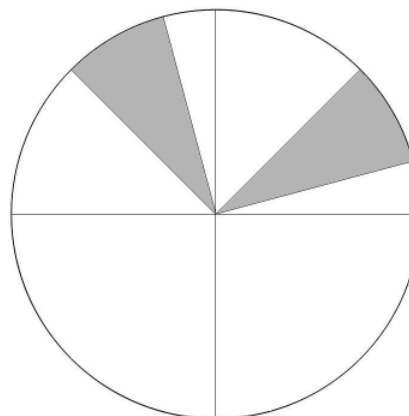
14a.09 ¿Recuerda que le leí en voz alta una lista de palabras? Por favor diga nuevamente las 3 palabras que le mencioné.

ENTREVISTADOR: PERMITA EL RECORDATORIO ESPONTÁNEO, NO AYUDE A LA PERSONA MAYOR.

COLOQUE "1" POR CADA PALABRA REPETIDA Y "0" SI NO REPITIÓ LA PALABRA.

EL TIEMPO MÁXIMO PERMITIDO ES DE UN MINUTO

1 Manecilla corta (horas) 2 Manecilla larga (minutos)



Sí.....1
 No.....2

Sí.....1
 No.....2

Sí.....1
 No.....2

Palabra Correcto

Árbol ☐ a14a09a

Casa ☐ a14a09b

Perro ☐ a14a09c

Total ☐

ENTREVISTADOR:

14a.10 Si el adulto mayor no recuerda ninguna de las palabras de la pregunta 14a.09, es decir, el total fue "0 puntos", se solicitará un informante sustituto/proxy. **a14a10**

Si la suma es 1 o más.....1 →

PASE A 14b.01

Si la suma es 0.....2 →

PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO
Y CONTINÚE LA ENTREVISTA

Datos generales del informante sustituto (proxy) y/o cuidador(a)

ENTREVISTADOR: CONTINÚE LA ENTREVISTA HACIENDO TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE EL ADULTO SELECCIONADO AL INFORMANTE SUSTITUTO/CUIDADOR(A)

14a.11 ¿Qué edad tiene (en años) el cuidador(a)?

a14a11

Edad [][]

14a.12 Sexo del cuidador(a)

a14a12

Hombre.....1

Mujer.....2

FILTRO: PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS CON CÓDIGO 1 Ó 2 EN 14.0, PASE A FILTRO ANTES DE 0.1

XIV B. AUDICIÓN

Sr.(a), ahora queremos preguntarle respecto a su audición, es decir, la manera en que escucha.

Por favor dígame si...

14b.01 ¿Normalmente (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) usa audifono o aparato auditivo?

a14b01

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

14b.02 ¿Cómo es su alcance de oído/audición (con aparato)?

a14b02

ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA
SE HACE, USE O NO EL APARATO

Excelente.....1

Muy buena.....2

Buena.....3

Regular.....4

Mala.....5

No escucha (sordo).....6

NS/NR.....9

XIV G. VISIÓN

Sr.(a), ahora queremos preguntarle respecto a su visión, es decir, la manera en que ve.

Por favor dígame si...

14g.1 ¿Normalmente (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) usa lentes?

a14g01

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

14g.2 ¿Cómo es su visión (con lentes)? ¿Es...?

a14g02

ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA
SE HACE, USE O NO LENTES

Excelente.....1

Muy buena.....2

Buena.....3

Regular.....4

Mala.....5

No ve (ciego).....6

NS/NR.....9

XIV C. AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN

FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO (PROXY) Y/O CUIDADOR ES QUIEN CONTESTA EL CUESTIONARIO, PASE A 14e.01

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas de opinión en relación a la vida en general y sobre su vida actual.

14c.01 ¿Se considera usted una persona valiosa?

a14c01

NO LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

Sí.....1

No.....2

A veces (espontánea).....3

NS/NR.....9

Por favor díganos qué tan satisfecho(a) está con los siguientes aspectos.

14c.02								
¿Qué tan satisfecho(a) está ...								
LEA LAS OPCIONES Y ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA								
		Muy satisfecho(a)	satisfecho(a)	insatisfecho(a)	Muy insatisfecho(a)	No aplica	NS/NR	Código
a)	con su salud? a14c021	1	2	3	4		9	[]
b)	consigo mismo(a) (con usted mismo(a))? a14c022	1	2	3	4		9	[]
c)	con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (cotidianas)? a14c023	1	2	3	4		9	[]
d)	con sus relaciones personales? a14c024	1	2	3	4		9	[]
e)	con las condiciones del lugar en donde vive? a14c025	1	2	3	4		9	[]
f)	con la relación que tiene con sus hijos? a14c026	1	2	3	4	5	9	[]
g)	En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su vida considerando todas las cosas que le dije? a14c027	1	2	3	4		9	[]

Ahora le voy hacer algunas preguntas que se relacionan con usted, su familia y su hogar.

14c.03 ¿Considera usted que su familia lo(la) toma en cuenta para las decisiones del gasto del hogar?

a14c03

Sí.....1

No.....2

No aplica.....3

NS/NR.....9

14c.04 ¿Considera usted que su familia lo(la) toma en cuenta para las decisiones importantes del hogar?

a14c04

Sí.....1

No.....2

No aplica.....3

NS/NR.....9

14c.05 ¿Aporta usted para los gastos del hogar?

a14c05

Sí.....1

No.....2

No aplica.....3

NS/NR.....9

XIV E. FUNCIONALIDAD

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Ahora quisiera preguntarle sobre DIFICULTADES que DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD algunas personas tienen para realizar ciertas actividades importantes para la vida diaria. Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted. no hace ninguna de las siguientes actividades (por ejemplo, porque no lo acostumbra), simplemente dígamelo.

No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.

<p>14e.01 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para cruzar de un cuarto a otro caminando?</p> <p style="text-align: right;">a14e01</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No puede.....3</p> <p>No lo hace.....4</p> <p>NS/NR.....9</p>
<p>14e.02 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para bañarse en una tina o regadera (incluyendo entrar y salir del baño)?</p> <p style="text-align: right;">a14e02</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No puede.....3</p> <p>No lo hace.....4</p> <p>NS/NR.....9</p>
<p>14e.03 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad al acostarse y levantarse de la cama?</p> <p style="text-align: right;">a14e03</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No puede.....3</p> <p>No lo hace.....4</p> <p>NS/NR.....9</p>
<p>14e.04 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o medias)?</p> <p style="text-align: right;">a14e04</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No puede.....3</p> <p>No lo hace.....4</p> <p>NS/NR.....9</p>
<p>ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO CONTESTÓ QUE SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, PREGUNTE:</p> <p>14e.05 ¿Alguien le ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?</p> <p style="text-align: right;">a14e05</p>	<p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>NS/NR.....9</p>

XIV E. FUNCIONALIDAD

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Ahora quisiera preguntarle sobre DIFICULTADES que DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD algunas personas tienen para realizar ciertas actividades importantes para la vida diaria. Por favor dígame si tiene alguna dificultad con cada una de las actividades que le voy a mencionar. Si usted no hace ninguna de las siguientes actividades (por ejemplo, porque no lo acostumbra), simplemente dígamelo. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.

Voy a mencionarle algunas actividades comunes de la vida diaria. Por favor dígame si DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD usted tiene alguna dificultad para realizarlas.

<p>14e.06 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en preparar una comida caliente?</p> <p>a14e06</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>
<p>14e.07 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en hacer compras de víveres o ir al mercado?</p> <p>a14e07</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>
<p>14e.08 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en tomar sus medicamentos si toma alguno o tuviera que tomar alguno?</p> <p>a14e08</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>
<p>14e.09 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para manejar su dinero?</p> <p>a14e09</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>
<p>ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO CONTESTÓ QUE SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, PREGUNTE:</p> <p>14e.10 ¿Alguien le ayuda para realizar esta(s) actividad(es)?</p> <p>a14e10</p>
<p>14e.11 En los últimos 3 meses, ¿ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución?</p> <p>a14e11</p> <p>LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA</p>

Sí.....1
 No.....2
 No puede.....3
 No lo hace.....4
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 No puede.....3
 No lo hace.....4
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 No puede.....3
 No lo hace.....4
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 No puede.....3
 No lo hace.....4
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

Ha comido mucho menos.....1
 Ha comido menos.....2
 Ha comido igual.....3
 NS/NR.....9

XIV F. CAÍDAS

<p>14f.02 ¿Cuántas veces (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) se ha caído en los últimos doce meses?</p> <p>a14f02</p>
<p>14f.03 ¿Cuántas veces ha recibido atención médica a consecuencia de esas caídas?</p> <p>a14f03</p>

Número de veces [] []

Ninguna.....00→
 NS/NR.....99

PASE A
FILTRO
ANTES
DE 0.1

Número de veces [] []

NS/NR.....99

FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO (PROXY) Y/O CUIDADOR ES QUIEN RESPONDE, PASE A 2.01h Y CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO

0.1 En el último año, ¿le han dado alguna información sobre las consecuencias por el uso de tabaco, alcohol y otras drogas?

a001

Sí.....1

No.....2 →

PASE A
1.01

0.2 ¿Considera que esta información es útil para prevenir las consecuencias por el uso de tabaco, alcohol y otras drogas?

a002

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

I. SOBREPESO Y OBESIDAD

SILUETAS DE STUNKARD

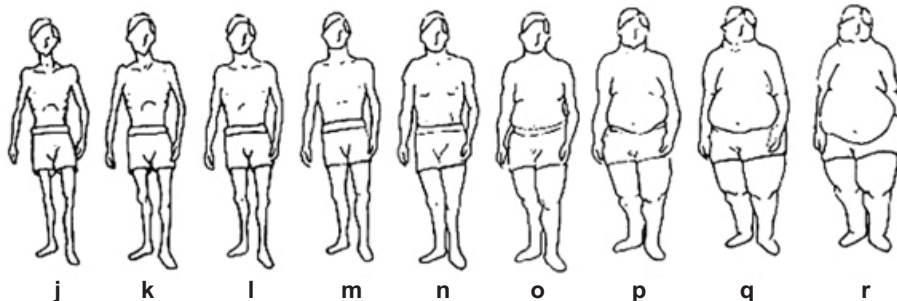
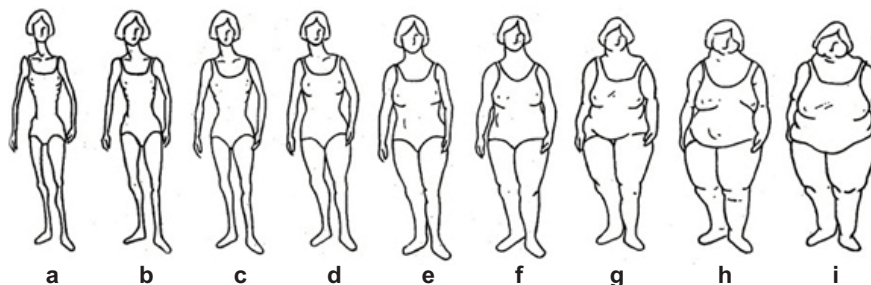
MUESTRE LAS FIGURAS SEGÚN SEA EL SEXO DEL ENTREVISTADO

A continuación, le voy a mostrar unas figuras corporales.

1.01 ¿Qué silueta corporal considera que se parece a usted en este momento?

1.01a ¿En cuál de las siluetas corporales preferiría estar usted?

NS/NR.....9



1.01 []

a101m

a101h

1.01a []

a101am

a101ah

II. DEPRESIÓN

A continuación le mencionaré sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, dígame con qué frecuencia se ha sentido así durante la **ÚLTIMA SEMANA**.

2.01					
Durante la última semana...					
ENTREVISTADOR: LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA Y ANOTE SÓLO UNA					
		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)	¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?	a201_a	2	3	4
b)	¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	a201_b	2	3	4
c)	¿se sintió deprimido/a?	a201_c	2	3	4
d)	¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	a201_d	2	3	4
e)	¿no durmió bien?	a201_e	2	3	4
f)	¿disfrutó de la vida?	a201_f	2	3	4
g)	¿se sintió triste?	a201_g	2	3	4 → CUALQUIER OPCIÓN PASE A 2.02

2.01h ¿Durante la última semana (NOMBRE PERSONA MAYOR) actuó como si estuviera triste, con el ánimo bajo?	a201_h
2.01i ¿Qué tanto afecta esto a (NOMBRE PERSONA MAYOR)?	a201_i
2.02 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?	a202
2.03 ¿Le mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión?	a203
2.04 Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún medicamento o ha seguido con algún otro tipo de tratamiento para la depresión?	a204

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

PASE A
2.02

Ligero (notable, pero no cambios significativos).....1
 Moderado (significativo, pero no cambios dramáticos).....2
 Severo (muy marcado y prominente, cambio dramático)...3
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2

PASE A
3.01

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

III. DIABETES MELLITUS

3.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alta en la sangre?

a301

3.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alta en la sangre?

Sí.....1

No.....2 →

PASE A
4.01

Meses [] Años []

Menos de un mes.....a302a.....a302b.....0000

NS/NR.....9999

FILTRO: SI ES MUJER CONTINÚE, SI ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 3.05

3.03 ¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes durante alguno de sus embarazos?

a303

3.05 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió al médico para controlar su diabetes (sin contar las visitas al servicio de urgencias)?

a305

Sí.....1

No.....2

Nunca he estado embarazada.....3

Veces []

Ninguna.....00

NS/NR.....99

PASE A
3.07

3.06 ¿En qué institución se atiende para controlar su diabetes?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Seguro Social (IMSS).....01

a306a

ISSSTE.....02

a306b

ISSSTE Estatal.....03

a306c

Pemex.....04

a306d

Defensa.....05

a306e

Marina.....06

a306f

Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07

a306g

IMSS Oportunidades.....08

a306h

Consultorios dependientes de farmacias.....09

a306i

Médico privado.....10

a306j

Otro lugar (especifique).....a306esp.....77

a306k

NS/NR.....99

a306l

Sí, ¿cuál?

Solo insulina.....1

Solo pastillas.....2 →

Ambas.....3

Ninguno.....4 →

PASE A
3.09

PASE A
3.09

III. DIABETES MELLITUS

Individual Adultos

3.08 ¿Cuántas veces y con que frecuencia se aplica la insulina?

Veces [] [] Frecuencia [] []
 Diario.....a308b.....1
 A la semana.....2
 NS/NR.....999

3.09 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Sí, ¿cuál?

Plan de alimentación (dieta).....1 a309a
 Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 a309b
 Homeopatía (chochos).....3 a309c
 Herbolaria.....4 a309d
 Medicina alternativa.....5 a309e
 No.....8 a309f

3.10 Durante los últimos 12 meses, ¿qué exámenes le hizo u ordenó su médico para vigilar su azúcar?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Tiras reactivas en orina.....a310a.....1
 Tiras reactivas en sangre.....a310b.....2
 Examen general de orina.....a310c.....3
 Determinación de glucosa en sangre venosa.....a310d.....4
 Determinación de hemoglobina glucosilada.....a310e.....5
 Examen para medir el nivel de proteínas en la orina (microalbuminuria).....a310f.....6
 Automonitoreo.....a310g.....7
 Ninguno.....a310h.....8 →

PASE A
3.12

3.11 Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se realizó esta prueba?

PREGUNTE PARA CADA UNO DE LOS EXÁMENES QUE LE RESPONDIÓ EN LA PREGUNTA 3.10

Examen 1	Veces	[] []	a311e1
Examen 2	Veces	[] []	a311e2
Examen 3	Veces	[] []	a311e3
Examen 4	Veces	[] []	a311e4
Examen 5	Veces	[] []	a311e5
Examen 6	Veces	[] []	a311e6
Examen 7	Veces	[] []	a311e7

NS/NR.....99

3.12 Debido a la diabetes, durante los últimos 12 meses ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Revisión oftalmológica (no lentes).....1 a312a
 Toma una aspirina diario.....2 a312b
 Revisión de pies.....3 a312c
 Examen general de orina y micro albuminuria.....4 a312d
 No realiza ninguna medida preventiva.....5 a312e
 Otro (especifique).....a312esp.....7 a312f

3.13 ¿Debido a la diabetes ...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	Sí	No	
ha tenido úlceras en piernas o pies que tarden en sanar más de 4 semanas?.....1	2	a313a	
le han amputado alguna parte del cuerpo?.....1	2	a313b	
le ha disminuido su visión?.....1	2	a313c	
ha sufrido daño en la retina?.....1	2	a313d	
ha perdido la vista?.....1	2	a313e	
le han hecho diálisis?.....1	2	a313f	
ha sufrido de un infarto?.....1	2	a313g	
sufrío de un coma diabético?.....1	2	a313h	
sufre ardor, dolor o pérdida de la sensibilidad en la planta de los pies?.....1	2	a313i	

IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

4.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta o hipertensión?

a401

Sí.....1

No.....2 →

PASE A
5.01

4.02 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión?

Meses [] Años []

Menos de un mes.....0000

NS/NR.....9999

FILTRO: SI ES MUJER CONTINÚE, SI ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 4.05

4.03 ¿Algún médico le diagnosticó presión alta durante alguno de sus embarazos?

a403

Sí.....1

No.....2

Nunca he estado embarazada.....3

PASE A
4.05

4.04 ¿Algún médico o personal de salud le diagnosticó preeclampsia solamente durante el tiempo en que estuvo embarazada?

a404

Sí.....1 →

No.....2

PASE A
4.08

4.05 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?

a405

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

PASE A
4.08

4.06 ¿En que institución se atiende para controlar su presión alta?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Seguro Social (IMSS).....01

a406a

ISSSTE.....02

a406b

ISSSTE Estatal.....03

a406c

Pemex.....04

a406d

Defensa.....05

a406e

Marina.....06

a406f

Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07

a406g

IMSS Oportunidades.....08

a406h

Consultorios dependientes de farmacias.....09

a406i

Médico privado.....10

a406j

Otro lugar (especifique).....77

a406esp

a406k

NS/NR.....99

a406l

4.07 ¿Actualmente lleva otro tratamiento para controlar su presión alta?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Sí, ¿cuál?

Plan de alimentación (dieta).....1

a407a

Realiza algún plan de ejercicio físico.....2

a407b

Homeopatía (chochos).....3

a407c

Herbolaria.....4

a407d

Disminución en el consumo de sal.....5

a407e

Medicina alternativa.....6

a407f

No.....7

a407g

4.08 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se tomó o le tomaron la presión?

Veces [] Frecuencia []

a408b

a408a

NS/NR.....999

Frecuencia:

Diario.....1

Semanal.....2

Mensual.....3

V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

5.01 ¿Ha tenido alguna vez un dolor fuerte en el pecho, con falta de aire o gran malestar que durara media hora o más? a501

5.02 ¿Le ha dicho el médico que usted tiene o tuvo...

Sí.....1
No.....2

	Sí	No
un infarto?.....	1	2 a502a
angina de pecho?.....	1	2 a502b
insuficiencia cardiaca?.....	1	2 a502c
otra enfermedad del corazón? (especifique).....	1	2 a502d a502desp

VI. HIPERCOLESTEROLEMIA Y ENFERMEDAD NEUROVASCULAR

6.01 ¿Alguna vez le han medido el colesterol en la sangre? a601

6.02 ¿En los últimos 12 meses, recibió algún tratamiento para el colesterol alto?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

6.03 ¿Alguna vez le han medido los triglicéridos en la sangre? a603

6.04 ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tuvo una embolia o un infarto cerebral? a604

Sí y lo encontraron normal.....1 → PASE A 6.03

Sí y lo encontraron alto.....2

No.....3

NS/NR.....9 → PASE A 6.03

Sí, ¿cuál?

Pravastatina, simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina o fluvastatina.....1 a602a

Disminuir la ingesta de grasa o colesterol en los alimentos.....2 a602b

Aumento de actividad física.....3 a602c

No.....4 a602d

Sí y los encontraron normales.....1

Sí y los encontraron altos.....2

No.....3

NS/NR.....9

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO (PROXY) Y/O CUIDADOR ES QUIEN RESPONDE, PASE A 9.15 Y CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO

VII. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Ahora le preguntaré sobre algunas enfermedades que pudieran haber tenido sus padres.

FAMILIAR(ES)	7.01	7.02	7.03	7.04	7.05	7.06
	¿Su padre o madre tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre? LEA TODAS LAS OPCIONES	¿A qué edad le diagnosticaron a su (PADRE O MADRE) diabetes o azúcar alta en la sangre?	¿Su padre o madre tiene o tuvo hipertensión o presión alta? LEA TODAS LAS OPCIONES	¿A qué edad le diagnosticaron a su (PADRE O MADRE) la presión alta?	¿Su padre o madre tuvo un infarto? LEA TODAS LAS OPCIONES	¿A qué edad su (PADRE O MADRE) tuvo su primer infarto?
	Sí No NS/NR	Edad	Sí No NS/NR	Edad	Sí No NS/NR	Edad
a) Padre.....	1 <input type="text" value="a701a"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE A 7.03	<input type="text" value="a702a"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99	1 <input type="text" value="a703a"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE A 7.05	<input type="text" value="a704a"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99	1 <input type="text" value="a705a"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE AL INCISO "b"	<input type="text" value="a706a"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99
b) Madre.....	1 <input type="text" value="a701b"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE A 7.03	<input type="text" value="a702b"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99	1 <input type="text" value="a703b"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE A 7.05	<input type="text" value="a704b"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99	1 <input type="text" value="a705b"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="9"/> ↓ PASE A FILTRO ANTES DE 8.01	<input type="text" value="a706b"/> <input type="text" value=""/> [] [] NS/NR.....99

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES Y HOMBRES DE 20 A 49 AÑOS

PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

8.01 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

a801

8.02 La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿qué hicieron o qué usaron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

8.03 En su última relación sexual, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?

a803a

a803b

a803c

a802d

a803e

a803f

a803g

a803h

a803i

a803j

a803k

a803l

a803m

a803n

a803o

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

8.04 ¿Y además utilizaron condón masculino?

a804

8.02b ¿Por qué usaron condón?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Edad [][]

No ha tenido relaciones sexuales.....00 →

No recuerda.....88

NS/NR.....99

PASE A
FILTRO
ANTES
DE 8.07

Condón o preservativo masculino.....01 a802a

Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02 a802b

Pastillas o píldoras.....03 a802c

Inyecciones.....04 a802d

Dispositivo, DIU o aparato.....05 a802e

Implantes, tubos o norplant.....06 a802f

Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....07 a802g

Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08 a802h

Operación masculina o vasectomía.....09 a802i

Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....10 a802j

Retiro o coito interrumpido.....11 a802k

Otro (especifique) a802esp 77 a802l

Nada.....13 a802m

No recuerda.....88 a802n

NS/NR.....99 a802o

Condón o preservativo masculino.....01 → PASE A 8.02b

Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02

Pastillas o píldoras.....03

Inyecciones.....04

Dispositivo, DIU o aparato.....05

Implantes, tubos o norplant.....06

Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....07

Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08

Operación masculina o vasectomía.....09

Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....10

Retiro o coito interrumpido.....11

Otro (especifique) a803esp 77

Nada.....12 →

No recuerda.....88

NS/NR.....99

PASE A
FILTRO
ANTES
DE
8.07

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

PASE A
FILTRO
ANTES DE
8.07

Para prevenir infección por VIH.....1 a802_ba

Para prevenir una infección de transmisión sexual diferente al VIH.....2 a802_bb

Para prevenir un embarazo no deseado.....3 a802_bc

Porque me lo pidió mi pareja aunque desconozco el motivo.....4 a802_bd

Otro (especifique) a802_bsp 7 a802_be

NS/NR.....9 a802_bf

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO: SI ES HOMBRES PASE A 8.33b, SI ES MUJER CONTINÚE

8.07 ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?

Meses [] Años []

Menos de un mes.....[a807a] [a807b].....96

Actualmente está reglando.....97

No recuerda.....88

NS/NR.....99

→ PASE A 8.11

FILTRO: SI LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FUE HACE MENOS DE TRES MESES PASE A 8.11, SI FUE HACE TRES MESES O MAS CONTINÚE

8.08 ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?

a808

Está amamantando o en puerperio.....01

Actualmente está embarazada.....02

Por menopausia natural.....03

Le quitaron la matriz o los ovarios.....04

Por quistes.....05

Recibió radiaciones en la pelvis.....06

Tomó medicamentos o quimioterapia.....07

Otras razones (especifique) [a808esp].....77

NS/NR.....99

→ PASE A 8.12

8.11 ¿Alguna vez ha estado embarazada?

a811

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

→ PASE A 8.33b

8.11a ¿Está actualmente embarazada?

a811a

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

8.12 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?

a812

NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL
AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO

Número de embarazos [] []

No recuerda.....88

NS/NR.....99

FILTRO: SI EN LA PREGUNTA 8.11a EL CÓDIGO ES 1 Y EN LA PREGUNTA 8.12 CÓDIGO ES 1 ó SI EN LA PREGUNTA 8.08 EL CÓDIGO ES 2 Y EN LA PREGUNTA 8.12 EL CÓDIGO ES 1 (EL EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMER EMBARAZO) PASE A 8.33b

8.13 ¿De estos embarazos cuantos han sido...

nacidos vivos, que no hayan fallecido?.....[] [] a813_1

nacidos vivos, que hayan fallecido antes
de cumplir un año de edad?.....[] [] a813_2

nacidos muertos?.....[] [] a813_3

abortos?.....[] [] a813_4

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO:

- 1.- SI CONTESTO A 8.13 AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO QUE NO HA FALLECIDO CONTINÚE
 2.- SI CONTESTO A 8.13 CUALQUIERA DE LAS OTRAS OPCIONES PASE A 8.33b

8.15 ¿En qué día, mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) y que sigue vivo(a)?

a815

Día [][] Mes [][] Año [][][][]

No recuerda.....88888888

NS/NR.....99999999

FILTRO: APLICAR SOLO A MUJERES CUYO ÚLTIMO NACIDO VIVO FUE A PARTIR DEL 2006, SI NO PASE A 8.31

8.17 En total ¿cuántas veces la revisaron durante su último embarazo?

a817

Veces [][]

Nunca la revisaron.....00 →

PASE A
8.23

NS/NR.....99

8.18 ¿Quién la revisó la mayoría de las veces durante su último embarazo?

a818

Médico.....1

Enfermera(o).....2

Promotor(a), auxiliar o asistente de salud.....3

Partera profesional técnica.....4

Partera tradicional o empírica.....5

Otro personal de salud.....6

No recuerda.....8

NS/NR.....9

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

a819

Seguro Social (IMSS).....01

ISSSTE.....02

ISSSTE Estatal.....03

Pemex.....04

Defensa.....05

Marina.....06

Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07

IMSS Oportunidades.....08

Consultorios dependientes de farmacias.....09

Consultorio, clínica u hospital privado.....10

Casa de la partera.....11

Casa de la entrevistada.....12

Otro lugar (especifique) **a819esp**.....77

NS/NR.....99

8.20 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?

a820

Meses [][]

No recuerda.....88

NS/NR.....99

8.21 Durante su último embarazo cuando visitó al médico, enfermero(a) o algún otro personal de salud, ¿le realizó algo de lo siguiente al menos una vez?

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE
SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

Sí No NS/NR

¿La midieron?.....	1	2	9	a821a
¿La pesaron?.....	1	2	9	a821b
¿Le tomaron la presión arterial?.....	1	2	9	a821c
¿Le realizaron examen(es) general(es) de orina?.....	1	2	9	a821d
¿Le realizaron examen(es) de sangre?.....	1	2	9	a821e
¿Le midieron su nivel de azúcar en sangre?..	1	2	9	a821f
¿Le realizaron la prueba de detección de la sífilis (VRDL)?.....	1	2	9	a821g
¿Le realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	9	a821h
¿Le hicieron un ultrasonido?.....	1	2	9	a821i
¿La vacunaron contra el tétanos?.....	1	2	9	a821j
¿Le mandaron ácido fólico?.....	1	2	9	a821k
¿Le mandaron vitaminas, hierro o algún suplemento alimenticio?.....	1	2	9	a821l

8.22 Durante su último embarazo, ¿le diagnosticaron o le dijeron que tenía...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE
SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

Sí No NS/NR

la presión alta?.....	1	2	9	a822a
sangrado vaginal?.....	1	2	9	a821b
amenaza de aborto?.....	1	2	9	a822c
preeclampsia o eclampsia?.....	1	2	9	a822d
azúcar alta en la sangre o diabetes?.....	1	2	9	a822e
anemia?.....	1	2	9	a822f
una infección urinaria?.....	1	2	9	a822g
una infección de transmisión sexual?.....	1	2	9	a822h
infección por VIH o SIDA?.....	1	2	9	a822i
alguna otra enfermedad o padecimiento?.....	1	2	9	a822j

8.23 ¿Quién la atendió en su último parto?

a823

Médico.....	1
Enfermera.....	2
Promotora, auxiliar o asistente de salud.....	3
Partera profesional técnica.....	4
Partera tradicional o empírica.....	5
Otro personal de salud.....	6
Nadie.....	7
No recuerda.....	8
NS/NR.....	9

8.24 ¿En dónde la atendieron de su último parto?

a824

Seguro Social (IMSS).....	01
ISSSTE.....	02
ISSSTE Estatal.....	03
Pemex.....	04
Defensa.....	05
Marina.....	06
Centro de Salud u Hospital de la SSA.....	07
IMSS Oportunidades.....	08
Consultorios dependientes de farmacias.....	09
Consultorio, clínica u hospital privado.....	10
Casa de la partera.....	11
Casa de la entrevistada.....	12
Otro lugar (especifique) a824esp	77
NS/NR.....	99

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

8.25 ¿Tuvo alguna complicación en su último parto?

a825

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

PASE A
8.31

8.26 En su último parto ¿le dijeron que tenía...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE
SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	No	NS/NR	
preeclampsia/eclampsia?.....	1	2	9	a826a
sangrado vaginal abundante o hemorragia?.....	1	2	9	a826b
aborto?.....	1	2	9	a826c
amenaza de aborto?.....	1	2	9	a826d
parto obstruido?.....	1	2	9	a826e
mala posición del bebé?.....	1	2	9	a826f
parto prematuro?.....	1	2	9	a826g
complicaciones debido a una enfermedad que ya tenía? (como diabetes, presión alta, etc.).....	1	2	9	a826h

8.31 ¿Su último parto fue...

a831

LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR
SÓLO UNA OPCIÓN

normal (vaginal)?.....1

cesárea por urgencia?.....2

cesárea programada?.....3

NS/NR.....9

8.28a ¿Cuánto pesó al nacer su último(a) hijo(a)?

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

Kilos [] . gramos [] [] []

a828a_1

No lo pesaron.....0000

NS/NR.....9999

ENTREVISTADOR: ANOTE LA OPCIÓN DONDE
INDIQUE DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN []

a828a_2

De la cartilla del niño o de otro documento.....1

Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2

NS/NR.....9

8.40 Cuando nació su último(a) hijo(a), ¿era...

a840

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

muy grande?.....1

más grande de lo normal?.....2

de tamaño normal?.....3

más pequeño(a) de lo normal?.....4

muy pequeño?.....5

NS/NR.....9

8.13d ¿Cuántos meses amamantó a su último(a) hijo(a)?

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

ENTREVISTADOR: SI NUNCA LE DIÓ PECHO, PONER 000.

SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS.

SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES.

CUANDO MÁS DE 1 AÑO, CONVIERTA A MESES:
(EJEMPLOS: 1AÑO=12 M; 2 AÑOS=24 M; 3 AÑOS=36 M;
4 AÑOS=48 M)

Tiempo [] [] - Período []

a813db

a813da

Nunca le dió pecho.....000

NS/NR.....999

Aún le da pecho.....888

Período:

Días.....1

Meses.....2

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

8.32 Después del nacimiento de su último(a) hijo(a), ¿le proporcionaron un método anticonceptivo antes de salir del hospital o del lugar donde la atendieron?

a832

Sí.....1
 No.....2
 No recuerda.....8
 NS/NR.....9

PASE A
8.33b

8.32a ¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?

a832a

Condón o preservativo masculino.....01
 Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....02
 Pastillas o píldoras.....03
 Inyecciones.....04
 Dispositivo, DIU o aparato.....05
 Implantes, tubos o norplant.....06
 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....07
 Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....08
 Operación masculina o vasectomía.....09
 Otro (especifique).....a832aesp 77
 NS/NR.....99

8.33b En los últimos 12 meses, ¿ha recibido condones de forma gratuita?

a833b

Sí.....1
 No.....2
 NS/NR.....9

PASE A
8.33a

8.33c Aproximadamente, ¿cuántos condones le dieron gratuitamente en los últimos 12 meses?

a833c

Condomes [][][][]

NS/NR.....999

8.33d ¿En dónde le dieron los condones gratuitos?

PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCIÓN

Seguro Social (IMSS).....01 a833da
 ISSSTE.....02 a833db
 ISSSTE Estatal.....03 a833dc
 Pemex.....04 a833dd
 Defensa.....05 a833de
 Marina.....06 a833df
 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07 a833dg
 IMSS Oportunidades.....08 a833dh
 Consultorios dependientes de farmacias.....09 a833di
 Médico privado.....10 a833dj
 ONGs.....11 a833dk
 Servicio médico de escuelas (medio superior y universidad).....12 a833dl
 Eventos masivos.....13 a833dm
 Ferias de la salud.....14 a833dn
 Establecimientos públicos.....15 a833do
 Otro lugar (especifique).....a833desp 77 a833dp
 NS/NR.....99 a833dq

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

8.33a En los últimos 12 meses, ¿ha recibido consulta médica para atenderse o recibir tratamiento para...

8.35 ¿Le han realizado alguna vez la prueba para detectar el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? a835

8.36 En los últimos 12 meses, ¿le han realizado una prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? a836

8.35a ¿Conoce el resultado de la prueba? a835a

8.37 Podría decirme, ¿cuál es el beneficio de tomar ácido fólico? a837

	Sí	No	NS/NR		
verrugas genitales?.....	1	2	9	a833a_a	
gonorrea?.....	1	2	9	a833a_b	
sífilis?.....	1	2	9	a833a_c	
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	1	2	9	a833a_d	
otra infección de transmisión sexual? (especifique).....	a833aesp	1	2	9	a833a_e

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

→ PASE A 8.37

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

→ PASE A 8.37

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

Ayuda a prevenir algunas malformaciones al nacimiento (malformaciones del sistema nervioso central y de la columna).....1
Otro (especifique).....a837esp.....7
NS/NR.....9

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES
HOMBRES PASE A FILTRO ANTES DE 8.34

8.39 En los últimos 12 meses, ¿ha tomado ácido fólico? a839

Sí.....1
No.....2

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES Y HOMBRES DE 20 A 34 AÑOS QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES
MUJERES DE 35 AÑOS Y MÁS PASE A FILTRO ANTES DE 8a.13a
HOMBRES Y MUJERES DE 20 A 34 AÑOS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

8.34 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida? a834

Parejas [][]

No recuerda.....88
NS/NR.....99

Individual Adultos

VIIIA. NACIDOS VIVOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS Y QUE MURIERON

FILTRO: SI ES MUJER DE 20 A 49 Y HA ESTADO EMBARAZADA CONTINÚE

SI ES HOMBRE, MUJER DE 50 Y MÁS, O MUJER DE 20 A 49 SIN ANTECEDENTE DE EMBARAZO, PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

8a.13a ¿Tuvo algún hijo(a) nacido vivo después de junio del año 2006 que haya muerto?

a8a13a

8a.13b ¿Cuál era el nombre de su último hijo(a) que murió?

a8a13b

8a.13b_1 ¿Qué edad tenía (NOMBRE del hijo que murió) cuando murió?

SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS.
SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES.

ENTREVISTADOR: NO REDONDEE LOS MESES, REGISTRE MESES CUMPLIDOS.

8a.13c ¿Cuánto pesó al nacer (NOMBRE del hijo que murió)?

ÚLTIMO HIJO(A) QUE MURIÓ DESPUÉS
DE JUNIO DEL 2006

8a.13d Cuando nació (NOMBRE del hijo que murió), ¿era..

a8a13d

8a.13e ¿Cuántos meses amamantó a (NOMBRE del hijo que murió)?

ENTREVISTADOR: ANOTE MESES CUMPLIDOS,
NO REDONDEE LOS MESES.

SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS.
SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES. CUANDO MÁS DE
1 AÑO, CONVIERTA A MESES:

(EJEMPLOS: 1 AÑO=12 M; 2 AÑOS=24 M; 3 AÑOS=36
M; 4 AÑOS=48 M)

8a.13f ¿Cuál fue el motivo por el que nunca le dio pecho o se lo quitó a (NOMBRE del hijo que murió)?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Si.....1

No.....2 →

PASE A
FILTRO
ANTES
DE 9.01

Nombre

Edad [] - Período []

a8a13b1b

a8a13b1a

NS/NR.....999

Período:

Días.....1

Meses.....2

Kilos [] . gramos []

a8a13c_1

No lo pesaron.....0000

NS/NR.....9999

ENTREVISTADOR: ANOTE LA OPCIÓN DONDE
INDIQUE DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN []

a8a13c_2

De la cartilla del niño o de otro documento.....1

Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2

NS/NR.....9

muy grande?.....1

más grande de lo normal?.....2

de tamaño normal?.....3

más pequeño(a) de lo normal?.....4

muy pequeño?.....5

NS/NR.....9

Tiempo [] ----- Período []

a8a13eb

Período:

a8a13ea

Nunca le dio pecho...000

Días.....1

Toda su vida/ hasta

Meses.....2

que murió.....888 →

PASE A FILTRO
ANTES DE
9.01

NS/NR.....999

Me quedé sin leche.....01

a8a13fa

Fue el mismo tiempo que amamantó al hijo anterior.....02

a8a13fb

Tuve que salir a trabajar.....03

a8a13fc

Me lo indicó el médico.....04

a8a13fd

Me aconsejaron (familiar / amiga / vecina)

que debía dejar.....05

a8a13fe

Quedé embarazada.....06

a8a13ff

Me enfermé.....07

a8a13fg

Mi bebé se enfermó.....08

a8a13fh

Mi bebé nació tan enfermo que no podía mamar.....09

a8a13fi

Mi bebé no aumentaba de peso.....10

a8a13fj

Mi bebé es adoptado/a.....11

a8a13fk

Porque así lo preferí.....12

a8a13fk

Otros (especifique).....77

a8a13fl

NS/NR.....99

a8a13fm

a8a13fn

IX. VACUNACIÓN

FILTRO: ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS CONTINÚE

ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS PASE A 9.15

Las siguientes preguntas se refieren a todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 20 años, considere las vacunas que le aplicaron en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

9.01 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud y/o el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

a901a

PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES

a901b

NOTA: LAS POSIBLES COMBINACIONES EN CASO DE DAR DOS OPCIONES SON: 1 y 2, 2 y 3 ó 2 y 4

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (Hombres y Mujeres de 20 a 49 años).....1

Sí, mostró documento probatorio o comprobante.....2

Si la tiene pero no la mostró.....3

No tiene cartilla.....4

NS/NR.....9

9.05 ¿Le han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR)?

a905

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud.....1

Sí, y está registrado en el documento probatorio o comprobante.....2

Si, dice haberse aplicado la vacuna.....3

No.....4

NS/NR.....9

PASE A
9.09

9.06 ¿Cuántas veces se la han aplicado?

a906

Veces []

NS/NR.....9

9.09 ¿Le han aplicado la vacuna contra el tétanos?

a909

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud.....1

Sí, y está registrado en el documento probatorio o comprobante.....2

Si, dice haberse aplicado la vacuna.....3

No.....4

NS/NR.....9

PASE A
10.A

9.10 ¿Cuántas veces se la han aplicado?

a910

Veces []

NS/NR.....9

PASE A
10.A

IX. VACUNACIÓN

FILTRO: ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS CONTINÚE
ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS PASE A 10.A

Las siguientes preguntas se refieren a todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 60 años, considere las vacunas que le aplicaron en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

9.15 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor y/o el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

a915a

PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES

a915b

NOTA: LAS POSIBLES COMBINACIONES EN CASO DE DAR DOS OPCIONES SON: 1 y 2, 2 y 3 ó 2 y 4

Sí, mostró la Cartilla Nacional de Salud (Adultos mayores de 60 años o más).....1
Sí, mostró documento probatorio o comprobante.....2
Si la tiene pero no la mostró.....3
No tiene cartilla.....4
NS/NR.....9

FILTRO: ADULTOS DE 65 AÑOS CONTINÚE
ADULTOS DE 60 AÑOS A 64 AÑOS Y 11 MESES PASE A 9.24

9.20 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

a920

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud.....1
Sí, y está registrado en el documento probatorio o comprobante.....2
Si, dice haberse aplicado la vacuna.....3
No.....4
NS/NR.....9

9.24 ¿Le han aplicado la vacuna contra el tétanos?

a924

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud.....1
Sí, y está registrado en el documento probatorio o comprobante.....2
Si, dice haberse aplicado la vacuna.....3
No.....4
NS/NR.....9

PASE A
9.27

9.25 ¿Cuántas veces se la han aplicado la vacuna contra el tétanos?

a925

Veces []

NS/NR.....9

9.27 A partir de septiembre del año pasado hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la influenza?

a927

Sí, y está registrado en la Cartilla Nacional de Salud.....1
Sí, y está registrado en el documento probatorio o comprobante.....2
Si, dice haberse aplicado la vacuna.....3
No.....4
NS/NR.....9

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA ADULTOS DE 20 AÑOS Y MÁS

10.A ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene (tuvo) cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?

a1000a

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

PASE A
10.01

10.B ¿Qué tipo de cáncer le dijeron que tenía?

a1000a

Piel (melanoma).....1
Cérvix o cuello uterino.....2
Mama.....3
Próstata.....4
Estómago.....5
Leucemia/sangre.....6
Otro lugar (especifique).....7

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.01		10.02	
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado en alguna unidad de salud la ...</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe....9</p> <p>→ PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.</p> <p>→</p>		<p>¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>Seguro Social (IMSS).....01</p> <p>ISSSTE.....02</p> <p>ISSSTE Estatal.....03</p> <p>Pemex.....04</p> <p>Defensa05</p> <p>Marina.....06</p> <p>Centro de Salud u Hospital de la SSA....07</p> <p>IMSS Oportunidades.....08</p> <p>Consultorios dependientes de farmacias.....09</p> <p>Médico privado.....10</p> <p>Otro lugar (especifique).....77</p> <p>NS/NR.....99</p> <p>→</p>	
a)	detección de tuberculosis? (análisis de flema o esputo)	a1001a	_____ _____ a1002a a1002asp
b)	detección de sobrepeso u obesidad?	a1001b	_____ _____ a1002b a1002bsp
c)	detección de colesterol o triglicéridos alto (examen de sangre)?	a1001c	_____ _____ a1002c a1002csp
ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 3.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO			
d)	detección de diabetes (prueba del azúcar)?	a1001d	_____ _____ a1002d a1002dsp
ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 4.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO			
e)	detección de hipertensión (toma de presión arterial)?	a1001e	_____ _____ a1002e a1002esp
LOS SIGUIENTES INCISOS SON SÓLO PARA HOMBRES, MUJERES PASE A 10.8			
HOMBRES CON CÓDIGO 4 EN PREGUNTA 10.B PASAN A 11.01			
f)	detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?	a1001f	_____ _____ a1002f a1002fsp
g)	prueba de tacto rectal para detectar cáncer de próstata?	a1001g	_____ _____ a1002g a1002gsp
HOMBRES PASE A 11.01			

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

		10.05 ¿Cuál fue el resultado de su prueba?	10.06 ¿Recibió tratamiento?	10.07 ¿Cuál fue la principal causa por la que no recibió tratamiento?
		Positivo.....1 Negativo.....2 No le entregaron el resultado.....3 No acudió por el resultado.....4 NS/NR.....9	Sí.....1 No.....2	No requirió tratamiento.....01 No hay donde atenderse.....02 Es caro.....03 No tenía dinero.....04 La unidad médica le queda lejos.....05 Falta de confianza.....06 La tratan mal.....07 No tuvo tiempo.....08 Fue pero no lo atendieron.....09 Por pena.....10 No le explicaron lo que le iban hacer.....11 Su esposo o pareja no le permite.....12 En una prueba posterior no se encontró lesión.....13 Otro.....77 NS/NR.....99
	→	→ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.</div>	→ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.</div>	→ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN, ÚLTIMA PASE A 10.08</div>
a)	detección de tuberculosis? (análisis de flema o esputo)	<input type="text"/> a1005a	<input type="text"/> a1006a	<input type="text"/> a1007a
b)	detección de sobrepeso u obesidad?	<input type="text"/> a1005b	<input type="text"/> a1006b	<input type="text"/> a1007b
c)	detección de colesterol o triglicéridos alto (examen de sangre)?	<input type="text"/> a1005c	<input type="text"/> a1006c	<input type="text"/> a1007c
ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 3.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO				
d)	detección de diabetes (prueba del azúcar)?	<input type="text"/> a1005d	<input type="text"/> a1006d	<input type="text"/> a1007d
ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 4.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO				
e)	detección de hipertensión (toma de presión arterial)?	<input type="text"/> a1005e	<input type="text"/> a1006e	<input type="text"/> a1007e
LOS SIGUIENTES INCISOS SON SÓLO PARA HOMBRES, MUJERES PASE A 10.8				
HOMBRES CON CÓDIGO 4 EN PREGUNTA 10.B PASAN A 11.01				
f)	detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?	<input type="text"/> a1005f	<input type="text"/> a1006f	<input type="text"/> a1007f
g)	prueba de tacto rectal para detectar cáncer de próstata?	<input type="text"/> a1005g	<input type="text"/> a1006g	<input type="text"/> a1007g
HOMBRES PASE A 11.01				

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

	10.08	10.09	10.10	10.11
	<p>Alguna vez en su vida, ¿un médico o enfermera, le ha realizado una...</p> <p>Sí.....1 No.....2 No sabe...9</p> <p>PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.</p> <p>→</p>	<p>Durante el 2011, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p>→</p>	<p>Durante el 2010, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para ...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p>→</p>	<p>Durante el 2009, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para ...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p>→</p>
MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c)"				
a) prueba de Papanicolaou?				
<p><i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i></p> <p><input type="checkbox"/> a1008a</p>	<input type="checkbox"/> a1009a	<input type="checkbox"/> a1010a	<input type="checkbox"/> a1011a	
b) Prueba del Papiloma Virus?				
<p><i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i></p> <p><input type="checkbox"/> a1008b</p> <p>MUESTRE LA TARJETA 1</p>	<input type="checkbox"/> a1009b	<input type="checkbox"/> a1010b	<input type="checkbox"/> a1011b	
MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01				
c) Exploración clínica de los senos?				
<p><i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas.</i></p> <p><input type="checkbox"/> a1008c</p>	<input type="checkbox"/> a1009c	<input type="checkbox"/> a1010c	<input type="checkbox"/> a1011c	
d) Mastografía?				
<p><i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i></p> <p><input type="checkbox"/> a1008d</p> <p>MUESTRE LA TARJETA 2</p>	<input type="checkbox"/> a1009d	<input type="checkbox"/> a1010d	<input type="checkbox"/> a1011d	

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

	10.12	10.13	10.14
	¿Hace cuánto tiempo le hicieron su última (MENCIONE OPCIÓN DE 10.8) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> SI ES HACE 4 AÑOS O MÁS, PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN </div> NS/NR.....9999 <div style="text-align: right;">→</div>	¿En qué institución le dieron el servicio? Seguro Social (IMSS).....01 ISSSTE.....02 ISSSTE Estatal.....03 Pemex.....04 Defensa05 Marina.....06 Centro de Salud u Hospital de la SSA....07 IMSS Oportunidades.....08 Consultorios dependientes de farmacias.....09 Médico privado.....10 Otro lugar (especifique).....77 NS/NR.....99 <div style="text-align: right;">→</div>	¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección? Sí.....1 No.....2 <div style="text-align: right;">→</div>
MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c)"			
a) prueba de Papanicolaou? <i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Meses</div> <div>a1012aa</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Años</div> <div>a1012ab</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013a</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013asp</div> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1014a</div> </div>
b) Prueba del Papiloma Virus? <i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">MUESTRE LA TARJETA 1</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Meses</div> <div>a1012ba</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Años</div> <div>a1012bb</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013b</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013bsp</div> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1014b</div> </div>
MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01			
c) Exploración clínica de los senos? <i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas.</i>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Meses</div> <div>a1012ca</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Años</div> <div>a1012cb</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013c</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013csp</div> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1014c</div> </div>
d) Mastografía? <i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 10px auto;">MUESTRE LA TARJETA 2</div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Meses</div> <div>a1012da</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>Años</div> <div>a1012db</div> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013d</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1013dsp</div> </div> </div>	<div style="text-align: center;"> <div>____</div> <div>a1014d</div> </div>

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

		10.16	10.17	10.18
		¿Cuál fue el resultado de su prueba? Positivo.....1 Negativo.....2 No le entregaron el resultado.....3 No acudió por el resultado.....4 NS/NR.....9	¿Recibió tratamiento? Sí.....1 No.....2	¿Cuál fue la principal causa por la que no recibió tratamiento? No requirió tratamiento.....01 No hay donde atenderse.....02 Es caro.....03 No tenía dinero.....04 La unidad médica le queda lejos.....05 Falta de confianza.....06 La tratan mal.....07 No tuvo tiempo.....08 Fue pero no lo atendieron.....09 Por pena.....10 No le explicaron lo que le iban hacer.....11 Su esposo o pareja no le permite.....12 En una prueba posterior no se encontró lesión.....13 Otro.....77 NS/NR.....99
		PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN	PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN	PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN, ÚLTIMA PASE A 11.01
MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c")				
a)	prueba de Papanicolaou? <i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i>	a1016a	a1017a	a1018a
b)	Prueba del Papiloma Virus? <i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i> MUESTRE LA TARJETA 1	a1016b	a1017b	a1018b
MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01				
c)	Exploración clínica de los senos? <i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas</i>	a1016c	a1017c	a1018c
d)	Mastografía? <i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i> MUESTRE LA TARJETA 2	a1016d	a1017d	a1018d

XI. ACCIDENTES

11.01 ¿Sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a1101</div>
11.02 ¿Cómo fue que se accidentó?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a1102</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA ANOTAR EL CÓDIGO </div>	
11.02a ¿Llevaba puesto el cinturón?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a1102a</div>
11.02b ¿Llevaba puesto el casco?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a1102b</div>
11.03 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a1103</div>

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

PASE A
12.01

Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....01

Choque en motocicleta.....02

Choque o atropellamiento como ciclista.....03

Atropellado como peatón.....04

Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05

Caída a nivel de piso.....06

Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07

Caída de un nivel a otro: silla, escalera etc.....08

Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro etc.).....09

Exposición a corriente eléctrica, radiación.....10

Exposición a humo o fuego.....11

Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....12

Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....13

Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....14

Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....15

Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....16

Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....17

Exposición accidental a otros factores.....18

NS/NR.....99

PASE A
11.02b

PASE A
11.03

PASE A
12.01

Sí.....1

No.....2

PASE A
11.03

Sí.....1

No.....2

Hogar.....01

Escuela.....02

Trabajo.....03

Vía pública.....04

Campo.....05

Antro, bar.....06

Centro recreativo o deportivo.....07

Establecimiento comercial.....08

Otro.....77

NS/NR.....99

XI. ACCIDENTES

11.04		
¿Qué tipo de daño tuvo en ... (lea cada opción de las regiones del cuerpo)		
<div>REGIÓN DEL CUERPO</div> <div> SI TUVO MÁS DE UNA LESIÓN FAVOR DE REGISTRAR LA MÁS SEVERA (POR LA QUE HAYA TENIDO QUE SER HOSPITALIZADO, INMOVILIZADO, QUE HAYA DEJADO SECUELAS O PROVOCADO DISCAPACIDAD) </div>	Contusión.....01 Moretón.....02 Esguince o torcedura.....03 Luxación.....04 Fractura.....05 Herida.....06 Laceración.....07 Lesión de nervios.....08 Amputación.....09	Aplastamiento.....10 Quemadura primer grado.....11 Quemadura segundo grado.....12 Quemadura tercer grado.....13 Heridas múltiples.....14 Daño-afectación de órganos.....15 Otras/no especificadas.....16 Ninguna lesión en esta región.....17 NS/NR.....99
	REGIÓN DEL CUERPO	LESIÓN 1
	a cara, cabeza y/o cuello?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104a
	b tórax y/o abdomen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104b
	c pelvis (cadera)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104c
	d columna vertebral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104d
	e brazo y/o antebrazo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104e
	f mano y/o dedos de la mano?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104f
	h muslo y/o pierna?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104h
i pie (tobillo) y/o dedos del pie?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104i	
j genitales?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104j	
l Otra (especifique)_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104l a1104lsp	

XI. ACCIDENTES

11.05 ¿Quién lo(la) atendió cuando ocurrió el accidente?

a1105

Familiar.....01
 Amigo(a)/vecino(a).....02
 Dependiente de la farmacia.....03
 Curandero.....04
 Yerbero.....05
 Huesero(a), sobador(a).....06
 Quiropráctico.....07
 Homeópata.....08
 Acupunturista.....09
 Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud.....10
 Médico general.....11
 Médico especialista.....12
 Dentista.....13
 Enfermera.....14
 Psicólogo.....15
 Otro (especifique) **a1105esp**.....77
 Nadie.....20
 NS/NR.....99

11.06 ¿Cuándo sufrió el accidente estaba bajo los efectos de ...

a1106

alcohol?.....1
 drogas?.....2
 ambos?.....3
 Otro (especifique) **a1106esp**.....7
 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....8
 NS/NR.....9

11.07 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?

a1107

Ningún problema.....1
 Limitación o dificultad para moverse o caminar
 (o lo hace con ayuda).....2
 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....3
 Dificultad para oír.....4
 Dificultad para hablar.....5
 Dificultad para ver o ceguera.....6
 Otra limitación física o mental (especifique) **a1107esp**.....7
 NS/NR.....9

XII. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

12.01 ¿Sufrió algún daño a su salud por robo, agresión o violencia en los últimos 12 meses, incluyendo intento de suicidio?

a1201

12.02 ¿Qué fue lo que le pasó?

REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS
PARA ANOTAR EL CÓDIGO

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

12.03 ¿Cuál fue el principal motivo?

a1203

ANOTE LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE

12.04 ¿En qué lugar ocurrió la agresión o violencia?

a1204

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

PASE A
13.01

Agresiones con sustancias.....01 a1202a
Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento.....02 a1202b
Herida por arma de fuego.....03 a1202c
Herida por arma punzocortante (cuchillos, navajas, etc.)...04 a1202d
Empujón desde lugar elevado.....05 a1202e
Golpes, patadas, puñetazos.....06 a1202f
Agresión sexual.....07 a1202g
Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias
por sustancias u objetos calientes.....08 a1202h
Agresiones verbales.....09 a1202i
Otras agresiones o maltrato.....76 a1202i
Otro (especifique) a1202esp 77 a1202k
NS/NR.....99 a1202l

Robo o asalto.....01
Incidente de tránsito.....02
Riña con desconocidos.....03
Riña con conocidos.....04
Secuestro.....05
Detención.....06
Violación por novio / pareja / esposo.....07
Violación por algún familiar.....08
Violación por desconocido.....09
Violencia por algún familiar.....10
Violencia por novio / pareja / esposo.....11
Intento de suicidio.....12
Otro (especifique) a1203esp 77
NS/NR.....99

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) a1204esp 77
NS/NR.....99

XII. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

12.06 ¿Quién lo(la) atendió cuando ocurrió la agresión?

a1206

Familiar.....01
 Amigo(a)/vecino(a).....02
 Dependiente de la farmacia.....03
 Curandero.....04
 Yerbero.....05
 Huesero(a), sobador(a).....06
 Quiropráctico.....07
 Homeópata.....08
 Acupunturista.....09
 Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud.10
 Médico general.....11
 Médico especialista.....12
 Dentista.....13
 Enfermera.....14
 Psicólogo.....15
 Otro (especifique) a1206esp 77
 Nadie.....20
 NS/NR.....99

12.07 Cuando sufrió la agresión o violencia ¿estaba usted bajo los efectos de ...

a1207

alcohol?.....1
 drogas?.....2
 ambos?.....3
 Otro (especifique) a1207esp 7
 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....8
 NS/NR.....9

12.08 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó la agresión o violencia?

a1208

Ningún problema.....1
 Limitación o dificultad para moverse o caminar
 (o lo hace con ayuda).....2
 Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos.....3
 Dificultad para oír.....4
 Dificultad para hablar.....5
 Dificultad para ver o ceguera.....6
 Otra limitación física o mental (especifique) a1208esp 7
 NS/NR.....9

XIII. FACTORES DE RIESGO

13.01 ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarros (5 cajetillas) de tabaco durante toda su vida?

a1301

13.02 ¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez, aunque fuera una sola fumada de un cigarro, de un puro o de una pipa?

a1302

SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO", PREGUNTE:

→ ¿Fue antes de los 12 años?

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) CONTINÚA SIN SABER, PREGUNTE:

→ ¿Fue antes o después de los 20 años?

13.03 ¿Cuántos cigarros fuma actualmente?

13.04 ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarro?

a1304

FUMADORES ACTIVOS

13.06 ¿Con qué frecuencia las advertencias en cajetillas le hacen pensar en DEJAR DE FUMAR?

a1306

13.10 ¿Qué edad tenía la primera vez que tomó una bebida alcohólica en su vida?

a1310

SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA" O "DESDE QUE ME ACUERDO", PREGUNTE:

→ ¿Fue antes de los 12 años?

SI EL(LA) ENTREVISTADO(A) CONTINÚA SIN SABER, PREGUNTE:

→ ¿Fue antes o después de los 20 años?

Sí.....1

No.....2

Nunca ha fumado.....3

NS/NR.....9

PASE A
13.10

CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, ANÓTELA EN LOS RECUADROS, CUANDO TENGA QUE SONDEAR ANOTE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES 112, 119 Ó 120.

Años | | | |

Antes de los 12 años.....112

Antes de los 20 años.....119

Después de los 20 años.....120

NS/NR.....999

Número de cigarros | | | Frecuencia | |

a1303b

a1303a

Actualmente no fuma.....888

Frecuencia:

Diario.....1

Semanal.....2

Mensual.....3

Ocasional.....4

Al menos una vez
al año.....5

Primeros 5 minutos.....1

Entre 6 y 30 minutos.....2

Entre 31 y 60 minutos.....3

Más de 1 hora.....4

Siempre.....1

Casi siempre.....2

A veces.....3

Pocas veces.....4

Nunca.....5

CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, ANÓTELA EN LOS RECUADROS, CUANDO TENGA QUE SONDEAR ANOTE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES 112, 119 Ó 120.

Años | | | |

Antes de los 12 años.....112

Antes de los 20 años.....119

Después de los 20 años.....120

Nunca ha tomado.....000

NS/NR.....999

TERMINE
ENTREVISTA

XIII. FACTORES DE RIESGO

13.11 Piense en su consumo total de alcohol. Usualmente, ¿con qué frecuencia toma usted cualquier tipo de bebida que contenga alcohol - ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?

a1311

POR FAVOR NO INCLUYA
EL CONSUMO DE ALCOHOL DE PROBADITAS,
SORBOS PARA COCINAR O CEREMONIAS
RELIGIOSAS

Tres o más veces al día.....01
 Dos veces al día.....02
 Una vez al día.....03
 Casi todos los días (5-6 veces por semana).....04
 Tres o cuatro veces a la semana.....05
 Una o dos veces a la semana.....06
 Dos o tres veces al mes.....07
 Aproximadamente una vez al mes.....08
 De siete a once veces al año.....09
 De tres a seis veces al año.....10
 Dos veces al año.....11
 Una vez al año.....12
 Actualmente no toma.....13
 NS/NR.....99

13.12a Si la persona entrevistada es hombre, preguntar:

¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

a1312

13.12b Si la persona entrevistada es mujer, preguntar:

¿Con qué frecuencia toma o ha tomado 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

UNA BEBIDA CONSISTE EN 355ml DE CERVEZA,
170ml DE VINO Ó 80ml DE RON/LICOR

A diario.....01
 Casi diario (5 a 6 veces por semana).....02
 3 a 4 veces a la semana.....03
 1 a 2 veces por semana.....04
 2 a 3 veces al mes.....05
 Una vez al mes.....06
 7 a 11 veces al año.....07
 3 a 6 veces al año.....08
 2 veces al año.....09
 Una vez al año.....10
 Menos de una vez al año.....11
 Nunca.....12
 NS/NR.....99

RESPECTO A LAS PERSONAS

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

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **Artículo 16, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en vigor**; "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice."

En referencia directa al **Artículo 38, de la Ley de Información Estadística y Geográfica en vigor**, "Los datos e informes que los particulares proporcionen para fines estadísticos o provengan de registros administrativos o civiles, serán manejados, para efectos de esta Ley, bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse, en ningún caso, en forma nominativa o individualizada, ni harán prueba ante autoridad administrativa o fiscal, ni en juicio o fuera de él."

OBSERVACIONES

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 11.02

V40-V79	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas: incluye todos los choques, volcaduras o caídas de vehículos de cuatro o más ruedas, lesionados en la vía pública (automóvil, camioneta, minibús, autobús, transporte pesado, vehículo de rieles, vehículo sin motor y vehículo de tracción animal).....	01
V20-V39	Choque en motocicleta: incluye a todos los pasajeros de motocicletas de dos y tres ruedas motocicleta considerar (remolque enganchado al lado de la motocicleta) que resultaron lesionados en la vía pública.....	02
V10-V19	Choque o atropellamiento como ciclista: incluye a todos los ciclistas lesionados en la vía pública (ciclista: cualquier persona que maneja un vehículo de pedal).....	03
V01-V09	Atropellado como peatón: peatón atropellado en la vía pública por automóvil, camioneta, camión (de carga o de pasajeros), motocicleta, bicicleta, vehículo de rieles y vehículo de tracción animal (por ejemplo: carreta).....	04
V80-V99	Otros accidentes de transporte: incluye las lesiones que ocurren a los ocupantes el medio de transporte cuando estos son acuático (por ejemplo: lancha), o aéreo (por ejemplo: avión o teleférico), o bien era terrestre pero el transporte era por tren-tranvía-metro (incluir aquí peatones atropellados por tren-tranvía-metro) ó en algún animal (por ejemplo: caballo, burro, vaca) o en vehículo traccionado-jalado por algún animal (por ejemplo: carreta). Incluir aquí peatones atropellados por tren-tranvía-metro o por algún animal o vehículo traccionado por animal. Incluya también aquí todos los casos que dude clasificar en las cuatro categorías previas.....	05
W00-W03 y W18	Caída a nivel de piso: lesiones producidas por resbalones, traspíe, tropezones que suceden en el mismo nivel en el que estaba la persona antes de lesionarse. Aquí se incluyen las caídas al esquiar o al patinar sobre hielo.....	06
W20-W49	Golpe con objeto, equipo o maquinaria: golpe NO INTENCIONAL producido por un objeto lanzado o proyectado (sin intención de lastimar), o por equipo de deportes, maquinaria de agricultura, o incluso con objetos punzo-cortantes como vidrio, cuchillo, agujas u cualquier otro objeto inanimado (como maquinaria eléctrica i.e. electrodomésticos). Aquí se incluyen las lesiones producidas por balazos accidentales de pistola y/o rifle. También se incluyen las explosiones o rupturas de boiler o cilindros de gas y objetos presurizados (llantas, pipas, manguera).....	07
W04-W17	Caída de un nivel a otro: lesiones producidas por caídas de un nivel a otro, como cuando la persona cae de un mueble (cama, mesa, sillón, silla) o de una escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación. Se incluye también las caídas cuando las personas lesionadas eran cargadas por otras personas.....	08
W50-W64	Golpe, rasguño o mordida de persona o animal: golpe, rasguño o mordida NO INTENCIONAL por una persona, o bien, por un animal (perro, caballo, gato, rata-ratón, animal marino, insectos, reptiles, etc.) e incluso por espinas de plantas.....	09
W85-W99	Exposición a corriente eléctrica, radiación: exposición a radiación (por ejemplo: rayos X, láser), exposición a calor o frío excesivo (por ejemplo: hielo seco), exposición a cambios en presión del aire (cambio de presión brusco en aeronaves, vista prolongada a gran altitud montañas).....	10
X00-X09	Exposición a humo o fuego: exposición a fuego controlado y no controlado en edificio u otra construcción (edificio en llamas, chimenea, estufa, hoguera en el campo) así como exposición a material altamente inflamable (gasolina, petróleo).....	11
X10-X19	Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras): incluye las lesiones causadas por contacto con líquidos calientes (bebidas, agua, alimentos, grasas aceites) vapores y todos los objetos calientes (utensilios domésticos, máquinas, motores, herramientas etc.).....	12
X30-X39	Exposición a fuerzas de la naturaleza: como rayo, granizo, condiciones climáticas excesivas (calor o frío), terremotos, derrumbes o avalanchas, inundaciones, tornado.....	13
X20-X29	Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas: como serpientes lagartos venenosos, arañas, escorpiones, alacranes, avispas, animales y plantas marinas venenosas.....	14
X40-X49	Envenenamiento accidental y exposición a sustancias nocivas: ejemplo por alimentos, medicamentos: drogas, alcohol (etílico, butílico, etc.), exposición a gases y vapores (bióxido de azufre, óxido de nitrógeno) exposición a todos plaguicidas (insecticidas, fumigantes, fertilizante para plantas, etc.) pegamento, pinturas.....	15
W65-W74	Ahogamiento y sumersión accidentales: alberca, cisterna, bañera, aguas naturales (arroyo, lago, mar, río).....	16
W75-W84	Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento, sofocación accidental en cama (ropa de cama, cuerpo de la madre, etc.), confinado o atrapado en ambiente con bajo contenido de oxígeno (buce, lugares herméticos, etc.)....	17
W19, X50-X57, X58-X59	Exposición accidental a otros factores: incluye lesiones por movimientos extraños o repetitivos, exceso de esfuerzo físico, falta de alimentación o agua (miseria, indigencia), exposición a ambientes despresurizados, y/o las lesiones que no sean especificadas claramente.....	18

Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 12.02

X85-X90	Agresiones con sustancias: como drogas, medicamentos y sustancias biológicas, agresión con sustancias corrosivas, plaguicidas, agresión con gases y vapores, agresión con sustancias productos químicos.....	01
X91-X92	Agresión por sofocación: estrangulamiento, ahogamiento y sumersión.....	02
X93-X95	Arma de fuego: agresión con disparo de arma corta, arma larga (rifle, escopeta).....	03
X99	Objetos cortantes: puñalada (cuchillo) o cualquier otro objeto con filo: i.e. vidrio.....	04
Y01	Empujón desde lugar elevado: desde un mueble, escalera, andamio, árbol, edificio o casa habitación.....	05
Y04	Golpes, patadas, puñetazos: lucha o pelea sin armas.....	06
Y05	Agresión sexual: además de la consumación incluye el intento de violación o intento de sodomía.....	07
X98	Ingestión de sustancia u objetos calientes: cualquier sustancia u objeto caliente y aquí se incluye también la ingestión de vapor.....	08
	Otras agresiones o maltrato: abuso físico, crueldad mental y tortura (Y07), negligencia, abandono (Y06). Incluir aquí también asalto con material explosivo (X96) y/o fuego, humo o flamas (X97). Incluir asalto con objetos romo o sin filo (Y00). Empujones de un solo nivel y/o empujón para que choque con objeto en movimiento (Y02). También lesiones intencionales producidas con automóvil de motor (Y03).....	76
	Otro (especifique): cuando sea posible especificar la categoría de "otras agresiones" o maltrato" y dejar sólo la categoría de "otros" cuando no se especifique correctamente.....	77