

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT CONTINUA 2023)

Cuestionario de salud de adultos de 20 años o más

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD	ENTIDAD				
MUNICIPIO/ALCALDIA	MUNICIPIO				
LOCALIDAD	LOCALIDAD				
AGEB	AGEB				
MZ	MZA				

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM									
NÚMERO DE VIVIENDA									
SELECCIONADA									

3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

TIPO Y NOMBRE DE VIALIDAD (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD o Km)			
NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	TIPO Y NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)	CÓDIGO POSTAL

4. CONTROL DE HOGARES Y CUESTIONARIO

HOGAR
HOGAR DE EN LA VIVIENDA
CUESTIONARIO DE DEL HOGAR

5. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

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

*CODIGOS PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

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

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

ESPECIFICAR

ENTREVISTADOR: ANTES DE INICIAR, VERIFIQUE EL NOMBRE, SEXO Y EDAD DEL SELECCIONADO(A) Y DILE AL (A LA) INFORMANTE QUE DURANTE LA ENTREVISTA PUEDE UTILIZAR LENTES Y/O APARATO(S) AUDITIVO(S), EN CASO DE QUE LOS USE HABITUALMENTE.

1.4 Le voy a mostrar unas figuras corporales, por favor, dígame qué figura siente que más se parece a usted en este momento

MUESTRA TARJETA Y REGISTRA EL CÓDIGO

Número de la figura | ____ | A0104

Sí la persona es invidente registre "0"

MUESTRA TARJETA Y REGISTRA EL CÓDIGO

A0104

SELECCIONA UN CÓDIGO

A0107

Pasa a
sección II

ANOTA CON NÚMERO

A0108

• SI PERDIÓ MÁS DE 5 KILOS → CONTINÚA
• SI PERDIÓ MENOS DE 5 KILOS O
SI GANÓ PESO → PASA A SECCIÓN II

SELECCIONA UN CÓDIGO

A0109

2 Pasa a sección II

LEE Y SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

A0110A
A0110B
A0110C
A0110D
A0110E
A0110F
A0110G
A0110H
A0110I

II. . SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS				
A continuación le mencionaré sentimientos o conductas que usted haya podido experimentar. Por favor, dígame con qué frecuencia se ha sentido así. MUESTRE TARJETA				
2.1 Durante la última semana...	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
a) ¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza? A0211	1	2	3	4
b) ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo? A0212	1	2	3	4
c) ¿se sintió deprimido/a? A0213	1	2	3	4
d) ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo? A0214	1	2	3	4
e) ¿no durmió bien? A0215	1	2	3	4
f) ¿disfrutó de la vida? A0216	1	2	3	4
g) ¿se sintió triste? A0217	1	2	3	4

FILTRO: SI EN LA PREGUNTA 4.6 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR LA RESPUESTA FUE SÍ (1) CONTINÚE
SI EN LA PREGUNTA 4.6 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR LA RESPUESTA FUE NO (2) PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

2.2 En los últimos tres meses, en un servicio de salud ¿le aplicaron algún cuestionario sobre su estado emocional o salud mental, por ejemplo, el cuestionario sobre salud del paciente (PHQ-9)?	Sí..... 1 No..... 2 No ha acudido a un servicio de salud..... 3 No responde..... 8	I _ I A0202 Pasa a pregunta 2.5
2.3 ¿Cuál fue el resultado del cuestionario?	Ausencia de síntomas depresivos..... 1 Síntomas depresivos leves..... 2 Síntomas depresivos moderados..... 3 Síntomas depresivos graves..... 4 Otro (especifique)..... A0203E 5 No le han entregado el resultado..... 6	I _ I Pasa a pregunta 2.5 A0203
2.4 ¿Le dieron recomendaciones sobre promoción del autocuidado, por ejemplo, activación física, alimentación saludable, higiene del sueño, manejo de estrés?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8	I _ I A0204 Pasa a sección III
2.5 ¿Le hicieron un diagnóstico de depresión mediante valoración clínica (Medicina o psicología)?	Sí..... 1 No..... 2 No responde..... 8	I _ I Pasa a sección III A0205

2.6 ¿Cuál fue el resultado?	Ausencia de síntomas depresivos.....	1	→	Pasa a Sección III
	Síntomas depresivos leves.....	2		
	Síntomas depresivos moderados.....	3		
	Síntomas depresivos graves.....	4		
	Otro (especifique).....	5	→	Pasa a sección III
			<input type="text" value="A0206E"/>	<input type="text" value="A0206"/>
2.7 ¿Qué tratamiento le dieron? PUEDE SELECCIONAR HASTA TRES OPCIONES	Ninguno.....	1		<input type="text" value="I _ I"/>
	Aplicaron la Escala de Beck.....	2		<input type="text" value="I _ I"/>
	Psicoeducación.....	3		<input type="text" value="I _ I"/>
	Terapia cognitiva conductual.....	4		<input type="text" value="I _ I"/>
	Antidepresivos.....	5		<input type="text" value="I _ I"/>
	Referencia a la unidad de salud mental (equipo especializado en salud mental)....	6		<input type="text" value="A0207"/>

III. DIABETES MELLITUS

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS	
Ahora le preguntaré por algunas enfermedades que pudiera tener usted	
3.A ¿Algún médico le ha dicho que tiene/tuvo prediabetes? Sí..... 1 <input type="text" value="A0301A"/> No..... 2 No sabe / No responde.... 9	3.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)? SELECCIONA UN CÓDIGO <input type="text" value="A0301"/> Sí..... 1 Sí, durante el embarazo (solo mujeres, diabetes gestacional).... 2 NO..... 3 → Pasa a sección IV
3.2 ¿Qué edad tenía usted cuando el médico le dijo que tenía diabetes (o alta el azúcar en la sangre)? ANOTA NÚMERO EDAD <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="A0302"/> No sabe/No responde..... 99	3.3 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió al médico para controlar su diabetes (sin contar las visitas al servicio de urgencias)? ANOTA NÚMERO <input type="text" value="A0303NUM"/> Número <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="I _ I"/> Ninguna..... 00 NS/NR..... 99 } Pasa a 3.6b
3.4 ¿Hace cuánto tiempo fue la última ocasión en la que acudió con un profesional de la salud para tratar su diabetes? ANOTA CON NÚMERO Días <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="A0304D"/> Meses <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="A0304M"/> Años <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="I _ I"/> <input type="text" value="A0304A"/>	3.4b La última vez que acudió con el profesional de la salud para el cuidado de su diabetes, ¿cuál fue el principal motivo? SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS <input type="text" value="A0304B"/> Para surtir su receta..... 1 Porque se sentía mal..... 2 Para el control de su enfermedad..... 3 Para revisar que el tratamiento está funcionando o requiere modificaciones Porque tenía la cita programada..... 5 Otro (especifique) <input type="text" value="A0304BE"/> 6

3.5 En esa última ocasión, ¿en dónde se atendió?

SELECCIONA UN CÓDIGO

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	A0305
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03	
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04	
PEMEX, Defensa, Marina	05	
Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06	
Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios.....	07	
Consultorio de médico privado.....	08	
Otro (especifique)..... A0305ESP	09	
No sabe / No recuerda.....	10	

3.6 En esa última ocasión, alguna persona (menciona cada inciso)...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

- 1 Sí
2 No
9 No sabe / No responde

SI LA RESPUESTA EN EL INCISO a, b, c, j, o ES NO=2 PASA A 3.6.1. SI LA RESPUESTA ES SI=1 O NO SABE=9 PASA A SIGUIENTE INCISO

CUALQUIER RESPUESTA EN LOS INCISOS d, e, f, g, h, i, k, l PASA AL SIGUIENTE INCISO.

3.6.1 ¿Por qué no?

- 1 No tenían el equipo para medir
2 No le ofrecieron/ no tuvieron tiempo de hacer la medición
3 No permitió que le hicieran la medición
4 No tiene dinero
5 No tiene acceso a servicios médicos
6 Otro
9 No sabe/no responde

	CÓDIGO	CÓDIGO
a) ¿revisó sus niveles de glucosa?.....	A0306A	A03061AA
b) ¿le tomó la tensión arterial?.....	A0306B	A03061BB
c) ¿lo(a) pesó?.....	A0306C	A03061CC
d) ¿le pidió quitarse el calzado y le revisó los pies?.....	A0306D	
e) ¿le hizo sugerencias sobre su forma de alimentarse?.....	A0306E	
f) ¿le hizo sugerencias sobre cómo aumentar su actividad física (caminar, correr, etcétera)?.....	A0306F	
g) ¿le invitó a participar en algún Grupo de ayuda mutua para el control de su diabetes?.....	A0306G	
h) ¿le solicitó que acudiera a revisión de la vista?.....	A0306H	
i) ¿le solicitó que acudiera a revisión con un dentista?.....	A0306I	
j) ¿le solicitó exámenes de laboratorio en muestras de sangre?.....	A0306J	A03061J
k) ¿revisó sus niveles de colesterol o triglicéridos?.....	A0306K	
l) ¿le recetó algún medicamento o insulina para la diabetes?.....	A0306L	
m) consiguió de manera gratuita los medicamentos recetados.....	A0306M	
n) ¿le dio explicaciones sobre los medicamentos recetados?.....	A0306N	
o) ¿le midió la cintura?.....	A0306O	A03061O

3.6a En esa última ocasión, ¿cuánto pagó?

Monto

| | | | | |

A03061A

No pagó..... 000000

3.6b En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo hospitalizado(a) debido a su diabetes (descontrol de su azúcar, infecciones, problemas en el pie o en la circulación)?

Número | | | A03061B

Ninguna..... 00 → Pasa a 3.7

3.6c ¿Cuánto pagó la última vez que estuvo hospitalizado(a) debido a su diabetes?

Monto
 | | | | | | |
 No pagó..... 000000

A03061C

3.7 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?

SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí, solo insulina..... 1 → Pasa a 3.9
 Sí, solo pastillas..... 2
 Sí, ambas..... 3
 Ninguno..... 4 → Pasa a 3.14a

A0307

3.8 ¿Cuánto tiempo tiene tomando pastillas para controlar su azúcar?

SELECCIONA CON NÚMERO

Meses Años
 | | | | |
 Menos de un mes..... 01
 NS/NR..... 99

A0308M

A0308A

FILTRO: SI SOLO TOMA PASTILLAS (3.7=2), PASA A 3.10a

3.9 ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento con insulina?

SELECCIONA CON NÚMERO

Meses Años
 | | | | |
 Menos de un mes..... 01
 NS/NR..... 99

A0309M

A0309A

3.10 ¿Se aplica insulina todos los días?

SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí..... 1
 No..... 2
 No responde..... 8

A0310

3.10a Normalmente, ¿cuánto paga por sus pastillas y/o tratamiento de insulina para controlar su diabetes en un mes?

Monto | | | | | | |
 No pagó..... 00

A0310A

FILTRO: SI EN 3.7 RESPONDIÓ NINGUNO=4 PASA A 3.14A

3.13 En los últimos seis meses ¿ha suspendido algún(os) de los medicamentos más de una vez a la semana?

Sí..... 1
 No..... 2
 No sabe 9

A0313

Pasa a 3.15

3.13a. Por cuánto tiempo ha dejado de tomar el medicamento

1 día. 01
 2-6 días. 02
 1-3 semanas 03
 1 mes o más. 04

A0313A

3.14 ¿Cuál fue la causa principal de haber dejado de tomar sus medicamentos?

A0314

Se le olvidó..... 01
 Consideró que no lo necesitaba 02
 Tuvo miedo a los efectos secundarios..... 09
 Tuvo temor sobre la seguridad del medicamento 04
 No le surtieron los medicamentos en la unidad médica..... 05
 No encontró el medicamento en la farmacia 06
 Se le terminó el medicamento antes de surtir su siguiente receta..... 10
 No tuvo dinero para comprarlo(s) 07
 Otro 08

PASA A LA PREGUNTA 3.12

<p>3.14a Por qué razones no usa pastillas o insulina para controlar su diabetes?</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">El doctor no me aconsejó.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">A0314AA</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Considero que no lo necesito.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AB</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Sigo una dieta.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AC</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Sigo un plan de ejercicios.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AD</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>No creo en los medicamentos/ me hacen mal.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AE</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>La clínica nunca tiene mi medicamento.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AF</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>No tengo dinero para comprar los medicamentos.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AG</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>Otro.....</td> <td style="text-align: center;">A0314AH</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>	El doctor no me aconsejó.....	A0314AA	1	Considero que no lo necesito.....	A0314AB	2	Sigo una dieta.....	A0314AC	3	Sigo un plan de ejercicios.....	A0314AD	4	No creo en los medicamentos/ me hacen mal.....	A0314AE	5	La clínica nunca tiene mi medicamento.....	A0314AF	6	No tengo dinero para comprar los medicamentos.....	A0314AG	7	Otro.....	A0314AH	8	<p>3.12 Actualmente, ¿qué otro tratamiento lleva para controlar su azúcar...</p> <p style="text-align: center;">LEE TODAS LAS OPCIONES SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; margin-top: -40px; margin-right: 10px;"> A0312A A0312B A0312C A0312D </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud)?.....</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Plan de ejercicio físico?.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Come frutas y verduras todos los días?.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Otros?.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Ninguno.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud)?.....	1	Plan de ejercicio físico?.....	2	Come frutas y verduras todos los días?.....	3	Otros?.....	4	Ninguno.....	5
El doctor no me aconsejó.....	A0314AA	1																																	
Considero que no lo necesito.....	A0314AB	2																																	
Sigo una dieta.....	A0314AC	3																																	
Sigo un plan de ejercicios.....	A0314AD	4																																	
No creo en los medicamentos/ me hacen mal.....	A0314AE	5																																	
La clínica nunca tiene mi medicamento.....	A0314AF	6																																	
No tengo dinero para comprar los medicamentos.....	A0314AG	7																																	
Otro.....	A0314AH	8																																	
Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud)?.....	1																																		
Plan de ejercicio físico?.....	2																																		
Come frutas y verduras todos los días?.....	3																																		
Otros?.....	4																																		
Ninguno.....	5																																		

<p>3.15 Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones en el último año?</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p>				
Toma una aspirina diaria.....	02	Dejó de fumar.....	12	
Revisión de pies.....	03	Revisión dental.....	13	
Microalbuminuria (con recolección de orina de 24 horas).....	05	Recibió educación sobre su enfermedad.....	14	
Medición de la presión arterial.....	06	Electrocardiograma.....	15	
Aplicación de vacuna contra influenza o neumococo.....	07	Acude a algún grupo de ayuda mutua.....	17	
Medición del colesterol y los triglicéridos.....	09	Medición de glucosa en sangre capilar en casa.....	20	
Toma un medicamento para disminuir la concentración de colesterol (pravastatina atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina)	10	Otro.....	18	
Toma un medicamento para el control de su presión arterial (enalapril, captopril, tenormin diurético).....	11	No realiza ninguna medida preventiva.....	19	

<p>3.16 ¿Debido a la diabetes...</p> <p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p>				
			SÍ	NO
a) ha tenido úlceras en piernas o pies?.....	A0316A	1	2	
b) le han amputado alguna parte del cuerpo?.....	A0316B	1	2	
d) ha perdido la vista?.....	A0316D	1	2	
e) le han hecho diálisis?.....	A0316E	1	2	
f) ha sufrido de un infarto al corazón?.....	A0316F	1	2	
g) ha tenido un infarto cerebral?.....	A0316G	1	2	
h) ha tenido pie diabético?.....	A0316H	1	2	
i) sufrió de un coma diabético?.....	A0316I	1	2	
j) se le ha bajado el azúcar hasta el punto de tener un episodio de aparición súbita de sudoración confusión o pérdida de conocimiento, que requirió ayuda de una tercera persona para su resolución?.....	A0316J	1	2	
k) le han dicho que tiene neuropatía diabética?.....	A0316K	1	2	
l) le han dicho que tiene retinopatía diabética?.....	A0316L	1	2	

IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS																					
<p>4.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO A0401</p> <p>SÍ..... 1 SÍ, durante el embarazo..... 2 NO..... 3 → Pasa a 4.9</p>	<p>4.2A ¿Hace cuántos años le dijo el médico que tenía la presión alta?</p> <p>ANOTA CON NÚMERO</p> <p>AÑOS _ _ _ A0402A</p> <p>Menos de un año..... 00 No responde..... 88 No sabe..... 99</p>																				
<p>4.4 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO A0404</p> <p>SÍ..... 1 NO..... 2 → Pasa a 4.5d</p>	<p>4.4 a ¿Cuánto gasta usualmente por sus pastillas para controlar su presión alta un mes?</p> <p>Monto _ _ _ _ _ _ _ A0404A</p> <p>No gasta/las obtiene sin costo... 000000</p>																				
<p>4.5 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?</p> <p>ANOTA CON NÚMERO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">Meses</td> <td style="text-align: center; width: 50%;">Años</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">A0405M</td> <td style="text-align: center;">A0405A</td> </tr> </table> <p>Menos de un mes..... 01 No sabe..... 99</p>	Meses	Años	_ _ _	_ _ _	A0405M	A0405A	<p>4.5a En los últimos tres meses ¿ha dejado de tomar algún(os) de los medicamentos para su presión, al menos 1 día?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO A0405AA</p> <p>Sí..... 1 No..... 2 } PASA A 4.6 No sabe..... 9 }</p>														
Meses	Años																				
_ _ _	_ _ _																				
A0405M	A0405A																				
<p>4.5b ¿Por cuánto tiempo ha dejado de tomar el medicamento?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO A0405B</p> <p>1 día..... 1 2-6 días..... 2 1-3 semanas..... 3 1 mes o más..... 4</p>	<p>4.5c ¿Cuál fue la causa principal de haber dejado de tomar sus medicamentos?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO A0405C</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Se le olvidó.....</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td rowspan="8" style="width: 10%; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> PASA A 4.6 </td> </tr> <tr> <td>Consideró que no lo necesitaba.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tuvo miedo a los efectos secundarios.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Tuvo temor sobre la seguridad del medicamento.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>No le surtieron los medicamentos en la unidad médica..</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>No encontró el medicamento en la farmacia.....</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>Se le terminó el medicamento antes de surtir su siguiente receta.....</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td>No tuvo dinero para comprarlo(s)</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> </tr> </table>	Se le olvidó.....	1	PASA A 4.6	Consideró que no lo necesitaba.....	2	Tuvo miedo a los efectos secundarios.....	3	Tuvo temor sobre la seguridad del medicamento.....	4	No le surtieron los medicamentos en la unidad médica..	5	No encontró el medicamento en la farmacia.....	6	Se le terminó el medicamento antes de surtir su siguiente receta.....	7	No tuvo dinero para comprarlo(s)	8	Otro	9	
Se le olvidó.....	1	PASA A 4.6																			
Consideró que no lo necesitaba.....	2																				
Tuvo miedo a los efectos secundarios.....	3																				
Tuvo temor sobre la seguridad del medicamento.....	4																				
No le surtieron los medicamentos en la unidad médica..	5																				
No encontró el medicamento en la farmacia.....	6																				
Se le terminó el medicamento antes de surtir su siguiente receta.....	7																				
No tuvo dinero para comprarlo(s)	8																				
Otro	9																				

SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

El doctor no me aconsejó.....	A0405DD..	1
Considero que no lo necesito.....	A0405DE	2
Sigo una dieta.....	A0405DF	3
Sigo un plan de ejercicios.....	A0405DG	4
No creo en los medicamentos/ me hacen mal.....	A0405DH	5
La clínica nunca tiene mi medicamento.....		6
No tengo dinero para comprar los medicamentos....		7
Otro.....		8

ANOTA CON NÚMERO

Número	1	1	1	A0406
--------	---	---	---	-------

Ninguna00
NS/NR.....99 } Pasa a 4.8

Monto A0406B

No pagó.....	00
--------------	----

Número	I	I	I	A0406E
--------	---	---	---	--------

Ninguna..... 00

SELECCIONA UN CÓDIGO

A0407

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	_ _
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03	
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04	
PEMEX, Defensa, Marina	05	
Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico.....	06	
Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja,		
ONG, dispensarios.....	07	
Consultorio de médico privado.....	08	
Otro (especifique).....	09	A0407ESP
No sabe / No recuerda.....	10	

SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud).....	1	Disminución en el consumo de sal.....	3
Realiza algún ejercicio físico.....	2	Medicina alternativa.....	4
		Ninguno.....	5

A0408A
A0408B
A0408C
A0408D
A0408E

4.9 En los últimos 12 meses, ¿cada cuándo le tomaron la presión?

SELECCIONA UN CÓDIGO

A0409

4.9a ¿Cuántas veces?

ANOTA CON NÚMERO

- Diario..... 1
 Semanal..... 2
 Mensual..... 3
 Anual..... 4
 No se la toman..... 5

Número |__|__|

A0409A

→ Pasa a filtro antes de 4.10

FILTRO : SI EN 4.1 TIENE CÓDIGO 2 ó 3 PASA A SECCIÓN V, DE LO CONTRARIO, CONTINÚA

4.10 ¿Debido a la hipertensión...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

- | | SÍ | NO | |
|--|----|----|---|
| a) ha sufrido daño en la retina?..... | 1 | 2 | A0410A |
| b) le han hecho diálisis?..... | 1 | 2 | A0410B |
| c) ha sufrido de un infarto al corazón?..... | 1 | 2 | A0410C |
| d) ha tenido un infarto o embolia cerebral?..... | 1 | 2 | A0410D |
| e) ha acudido a un servicio de urgencias en el último año?..... | 1 | 2 | |
| (si la respuesta es NO, pasa a la opción siguiente) | | | A0410E |
| | | | ¿Cuántas veces? __ __ |
| | | | A0410EV |
| f) ha estado hospitalizado(a) por más de 24 horas en el último año?..... | 1 | 2 | |
| (Si la respuesta es NO, pasa a Sección 5) | | | A0410F |
| | | | ¿Cuántas veces? __ __ |
| | | | A0410FV |
| | | | ¿Cuántos días en total en el último año? __ __ |
| | | | A0410FD |

V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS

5.2 ¿Le ha dicho el médico que usted tiene (o tuvo) ...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

- | | SÍ | NO | |
|---|----|----|--------|
| un infarto o ataque al corazón?..... | 1 | 2 | A0502A |
| angina de pecho (dolor o molestia en el pecho, que desaparece regularmente de forma espontánea con el reposo o con medicinas?..... | 1 | 2 | A0502B |
| insuficiencia cardíaca (debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón, que provoca edema en pies, tobillos y piernas, cansancio y falta de aire)?..... | 1 | 2 | A0502C |
| embolia o un infarto cerebral?..... | 1 | 2 | A0502D |

VI. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS															
<p>6.1 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón, como...</p> <p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SÍ</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) cálculos renales?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) insuficiencia renal o enfermedad renal crónica?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>					SÍ	NO	a) infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2	b) cálculos renales?	1	2	c) insuficiencia renal o enfermedad renal crónica?	1	2
	SÍ	NO													
a) infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2													
b) cálculos renales?	1	2													
c) insuficiencia renal o enfermedad renal crónica?	1	2													
<p>6.3 ¿Le han medido alguna vez la concentración de colesterol y triglicéridos?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 5px auto;">A0603</div> <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>No sabe..... 9</p>	<p>6.4 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 5px auto;">A0604</div> <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2 → Pasa a 6.6</p>														
<p>6.5 Actualmente, ¿qué acciones toma para el control del colesterol?</p> <p>SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 5px auto;"> A0605A A0605B A0605C A0605D </div> <p>Medicamento como, pravastatina, atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina, pitavastatina, ezetimiba..... 1</p> <p>Dieta 2</p> <p>Aumento de actividad física..... 3</p> <p>Medicina Alternativa..... 4</p> <p>Ninguna..... 5</p>	<p>6.6 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 5px auto;">A0606</div> <p>SÍ..... 1</p> <p>NO..... 2 → Pasa a sección VII</p>														
<p>6.7 Actualmente, ¿qué acciones toma para el control de los triglicéridos altos?</p> <p>SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Medicamento como, bezafibrato, fenofibrato Gemfibrozil, ciprofibrato...</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td rowspan="5" style="width: 10%; border: 1px solid black; text-align: center; vertical-align: middle;"> A0607A A0607B A0607C A0607D </td> </tr> <tr> <td>Dieta.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Aumento de actividad física.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Medicina Alternativa.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Ninguna.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>				Medicamento como, bezafibrato, fenofibrato Gemfibrozil, ciprofibrato...	1	A0607A A0607B A0607C A0607D	Dieta.....	2	Aumento de actividad física.....	3	Medicina Alternativa.....	4	Ninguna.....	5	
Medicamento como, bezafibrato, fenofibrato Gemfibrozil, ciprofibrato...	1	A0607A A0607B A0607C A0607D													
Dieta.....	2														
Aumento de actividad física.....	3														
Medicina Alternativa.....	4														
Ninguna.....	5														
<p>FILTRO: Sí en 6.5 o en 6.7 la respuesta es código 1 continua, de lo contrario pasa a sección VII</p>															
<p>6.7a Si toma algún medicamento, ¿normalmente cuánto paga en un mes por sus medicamentos para el colesterol y/o triglicéridos?</p> <p>Monto </p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin: 5px auto;">A0607A</div> <p>(ANOTE 000000 SI NO PAGA)</p>															

VII. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 AÑOS O MÁS												
Ahora le preguntaré sobre algunas enfermedades que pudieran haber tenido sus padres o hermanos.												
FAMILIAR(ES)	7.1 ¿Su (FAMILIAR) tiene o tuvo diabetes o azúcar alta en la sangre?			7.2 ¿Su (FAMILIAR) tiene o tuvo hipertensión o presión alta?			7.3 ¿Su (FAMILIAR) tuvo un infarto?			7.5 ¿A qué edad su (FAMILIAR) tuvo su primer infarto?		
							Si es código 2 o 9, pasa a sección VIII			1= Antes de los 50 2= A los 50 o más		
	SÍ	NO	No sabe	SÍ	NO	No sabe	SÍ	NO	No sabe	<50	>=50	No sabe
Padre	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9
		A0701P			A0702P			A0703P			A0704P	
Madre	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9
		A0701M			A0702M			A0703M			A0704M	
Hermano(a) Si no tiene hermanos, pasa a filtro antes de la sección VIII	1	2	9	1	2	9	1	2	9	1	2	9
		A0701H			A0702H			A0703H			A0704H	

VIII. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Entrevistador/a: ESTA PRIMERA PARTE ESTÁ DIRIGIDA A MUJERES Y HOMBRES DE 20 A 49 AÑOS PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS PASAN A LA SIGUIENTE SECCIÓN																																
8.1 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Edad __ __ A0801 No ha tenido relaciones sexuales..... 00 → Pasa a filtro antes de 8.6 No recuerda la edad de inicio 88 No responde..... 99																															
8.2 ¿Qué edad tenía su pareja en su primera relación sexual?	Edad __ __ A0802 No recuerda la edad.....77 No sabe la edad..... 88 No responde.....99																															
8.3 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? INDAGUE SOBRE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS	<table border="0"> <tr> <td>Condón o preservativo masculino.....</td> <td>01</td> <td rowspan="16" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> A0803A A0803B A0803C A0803D A0803E A0803F A0803G A0803H A0803I A0803J A0803K A0803L A0803M A0803N A0803O </td> </tr> <tr> <td>Condón femenino.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Pastillas o píldoras.....</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td>Parche anticonceptivo.....</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Dispositivo, DIU o aparato</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td>Implantes, tubos o norplant.....</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>Ritmo, calendario, termómetro, Billings.....</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Retiro o coito interrumpido.....</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>Nada</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>No recuerda.....</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	Condón o preservativo masculino.....	01	A0803A A0803B A0803C A0803D A0803E A0803F A0803G A0803H A0803I A0803J A0803K A0803L A0803M A0803N A0803O	Condón femenino.....	02	Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03	Pastillas o píldoras.....	04	Inyecciones.....	05	Parche anticonceptivo.....	06	Dispositivo, DIU o aparato	07	Implantes, tubos o norplant.....	08	Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09	Ritmo, calendario, termómetro, Billings.....	10	Retiro o coito interrumpido.....	11	Otro	77	Nada	14	No recuerda.....	88	NS/NR.....	99
Condón o preservativo masculino.....	01	A0803A A0803B A0803C A0803D A0803E A0803F A0803G A0803H A0803I A0803J A0803K A0803L A0803M A0803N A0803O																														
Condón femenino.....	02																															
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03																															
Pastillas o píldoras.....	04																															
Inyecciones.....	05																															
Parche anticonceptivo.....	06																															
Dispositivo, DIU o aparato	07																															
Implantes, tubos o norplant.....	08																															
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09																															
Ritmo, calendario, termómetro, Billings.....	10																															
Retiro o coito interrumpido.....	11																															
Otro	77																															
Nada	14																															
No recuerda.....	88																															
NS/NR.....	99																															

<p>8.4 En su última relación sexual, ¿Qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>INDAGUE SOBRE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> A0804A A0804B A0804C A0804D A0804E A0804F A0804G A0804H A0804I A0804J A0804K A0804L A0804M A0804N A0804O A0804P A0804Q </div>	<table border="0"> <tr> <td>Condón o preservativo masculino.....</td> <td>01</td> <td rowspan="2">→ Pasa a filtro antes de 8.6</td> </tr> <tr> <td>Condón femenino.....</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....</td> <td>03</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pastillas o píldoras.....</td> <td>04</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Inyecciones.....</td> <td>05</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Parche anticonceptivo.....</td> <td>06</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dispositivo, DIU o aparato</td> <td>07</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Implantes, tubos o norplant.....</td> <td>08</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td> <td>09</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td> <td>10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Operación masculina o vasectomía.....</td> <td>11</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....</td> <td>12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Retiro o coito interrumpido.....</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>77</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nada</td> <td>14</td> <td rowspan="3">→ Pasa a filtro antes de 8.6</td> </tr> <tr> <td>No recuerda.....</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	Condón o preservativo masculino.....	01	→ Pasa a filtro antes de 8.6	Condón femenino.....	02	Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03		Pastillas o píldoras.....	04		Inyecciones.....	05		Parche anticonceptivo.....	06		Dispositivo, DIU o aparato	07		Implantes, tubos o norplant.....	08		Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09		Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	10		Operación masculina o vasectomía.....	11		Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....	12		Retiro o coito interrumpido.....	13		Otro	77		Nada	14	→ Pasa a filtro antes de 8.6	No recuerda.....	88	No responde.....	99
Condón o preservativo masculino.....	01	→ Pasa a filtro antes de 8.6																																															
Condón femenino.....	02																																																
Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente.....	03																																																
Pastillas o píldoras.....	04																																																
Inyecciones.....	05																																																
Parche anticonceptivo.....	06																																																
Dispositivo, DIU o aparato	07																																																
Implantes, tubos o norplant.....	08																																																
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	09																																																
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	10																																																
Operación masculina o vasectomía.....	11																																																
Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings.....	12																																																
Retiro o coito interrumpido.....	13																																																
Otro	77																																																
Nada	14	→ Pasa a filtro antes de 8.6																																															
No recuerda.....	88																																																
No responde.....	99																																																
<p>8.5 ¿Y además utilizaron condón masculino?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A0805</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NS/NR.....</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí.....	1	A0805	No.....	2	NS/NR.....	9																																									
Sí.....	1	A0805																																															
No.....	2																																																
NS/NR.....	9																																																

FILTRO: SI ES MUJER CONTINUE. SI ES HOMBRE PASA A 8.24										
<p>8.6 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?</p>	<p>Edad [][] A0806</p> <table border="0"> <tr> <td>No ha comenzado</td> <td>00</td> <td rowspan="3">→ Pasa a 8.24</td> </tr> <tr> <td>No Responde.....</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>No Sabe.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	No ha comenzado	00	→ Pasa a 8.24	No Responde.....	88	No Sabe.....	99		
No ha comenzado	00	→ Pasa a 8.24								
No Responde.....	88									
No Sabe.....	99									
FILTRO: SI ES MUJER Y NO HA INICIADO VIDA SEXUAL (PREGUNTA 8.1=00) PASA A 8.24 SI ES MUJER Y YA INICIÓ VIDA SEXUAL (PREGUNTA 8.1>00) CONTINÚE										
<p>8.7 ¿Alguna vez ha estado embarazada?</p> <p>NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL. AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A0807</td> <td rowspan="3">→ Pasa a 8.24</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí.....	1	A0807	→ Pasa a 8.24	No.....	2	No responde.....	9	
Sí.....	1	A0807	→ Pasa a 8.24							
No.....	2									
No responde.....	9									
<p>8.8 ¿Está actualmente embarazada?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td rowspan="4" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A0808</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> </tr> </table>	Sí.....	1	A0808	No.....	2	No sabe.....	8	No responde.....	9
Sí.....	1	A0808								
No.....	2									
No sabe.....	8									
No responde.....	9									
<p>8.9 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?</p> <p>NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL. AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO</p>	<p>Número de embarazos [][] A0809</p> <table border="0"> <tr> <td>No recuerda.....</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>99</td> </tr> </table>	No recuerda.....	88	No responde.....	99					
No recuerda.....	88									
No responde.....	99									

FILTRO: SI ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA (PREGUNTA 8.8=1) Y HA SIDO SU ÚNICO EMBARAZO (PREGUNTA 8.9=1)- EL EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMER EMBARAZO- PASA A 8.24			
8.10 ¿De estos embarazos cuántos han sido...	<div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">A0810A</div>		
	a. pérdidas o abortos?.....	[][]	A0810B
	b. nacidos muertos?.....	[][]	A0810C
	c. nacidos vivos?.....	[][]	
	8.10a ¿Cuántos han fallecido <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">A0810AD</div>		
	d. Antes de cumplir un año de edad?.....	[][]	A0810AE
	e. Después de cumplir un año de edad?.....	[][]	
SI CONTESTÓ A 8.10C AL MENOS UN HIJO VIVO QUE NO HA FALLECIDO (PREGUNTAS 8.10AD+8.10AE <8.10C) CONTINÚE, EN OTRO CASO PASE A 8.24			
8.11 ¿En qué día, mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) y que sigue vivo(a)?	A0811D	A0811M	A0811A
	Día [][] Mes [][] año [][][][]		
	No recuerda88 88 8888		
	No responde99 99 9999		
Entrevistador/a: APLICAR SÓLO A MUJERES CON ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.SI NO, PASA A LA PREGUNTA 8.24			
8.12 En total ¿cuántas veces la revisaron durante su último embarazo?	Veces [][] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">A0812</div>		
	Nunca la revisaron.....00 NS/NR.....99		
8.13 ¿En qué institución o lugar la revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo? <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">A0813</div>			
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 03 Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud..... 04 [][][][] PEMEX, Defensa, Marina..... 05 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico..... 06 Atención privada en domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios)..... 07 Consultorio de médico privado..... 08 Casa de la partera..... 09 Casa de la entrevistada..... 10 Otro (especifique)..... 11 No sabe / No recuerda..... 88			
8.14 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	Meses [][] <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">A0814</div>		
	No recuerda.....88		
	NS/NR.....99		

8.15 Durante el embarazo, cuando visitó al médico, enfermera o algún otro personal de salud, ¿Se le realizó algo de lo siguiente al menos una vez...			Sí	No	NS/NR
LEE TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN	la midieron?.....	A0815A	1	2	9
	la pesaron?.....	A0815B	1	2	9
	le tomaron la presión arterial?.....	A0815C	1	2	9
	le realizaron examen(es) general(es) de orina?.....	A0815D	1	2	9
	le realizaron examen(es) de sangre?.....	A0815E	1	2	9
	le midieron su nivel de azúcar en sangre?.....	A0815F	1	2	9
	le realizaron la prueba de detección de sífilis (VRDL)?.....	A0815G	1	2	9
	le realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	A0815H	1	2	9
	le hicieron un ultrasonido?.....	A0815I	1	2	9
	la vacunaron contra el tétanos?.....	A0815J	1	2	9
	le aplicaron la vacuna Tdap (contra tosferina)?.....	A0815K	1	2	9
	le mandaron ácido fólico?.....	A0815L	1	2	9
	le mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio?.....	A0815M	1	2	9
	le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)?.....	A0815N	1	2	9
	le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo?.....	A0815O	1	2	9
	le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna?.....	A0815P	1	2	9
	le midieron la panza (fondo uterino)?.....	A0815Q	1	2	9

8.16 ¿En dónde la atendieron de su último parto?		SELECCIONE UN CÓDIGO
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	A0816
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03	
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04	
PEMEX, Defensa, Marina.....	05	
Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06	
Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios.....	07	
Consultorio de médico privado.....	08	
Casa de la partera.....	09	
Casa de la entrevistada.....	10	
Otro (especifique).....	11	A0816ESP
No sabe / No recuerda.....	88	

8.17 ¿Su último parto fue ...		A0817
LEE TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA SOLO UNA OPCIÓN	normal (vaginal)?.....	1
	cesárea por urgencias?.....	2
	cesárea programada?.....	3
	NS/NR.....	9

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

SI ES NECESARIO, MUESTRE A LA MUJER LA IMAGEN DE LA POSICIÓN PIEL A PIEL.



A0818

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

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

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

Gramos [] [] [] [] [] [] [] []

A0819K

No lo/la pesaron.....0000
 NS/NR.....9999

ENTREVISTADOR/A: ANOTA LA OPCIÓN QUE INDIQUE DE DÓNDE OBTUVO LA INFORMACIÓN

A0819F

De la cartilla del/de la niño(a) o de otro documento.....1
 Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2
 NS/NR.....9

8.21 En la primera semana después del parto de su último(a) hijo(a) ¿algún profesional de la salud le dio información sobre...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN

	Sí	No	NS/NR
signos y síntomas de hemorragia?.....A0821A	1	2	9
signos y síntomas de preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....A0821B	1	2	9
signos y síntomas de infecciones?.....A0821C	1	2	9
signos y síntomas de trombosis o coágulos?.....A0821D	1	2	9
nutrición?.....A0821E	1	2	9
lactancia materna?.....A0821F	1	2	9
higiene, sobre todo lavado de manos?.....A0821G	1	2	9
anticoncepción?.....A0821H	1	2	9
signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?.....A0821I	1	2	9
la importancia de que el bebé duerma boca arriba?.....A0821J	1	2	9

8.22 Después del nacimiento de su último(a) hijo(a), ¿le proporcionaron un método anticonceptivo?

No.....0 → Pasa a 8.24

Sí, ¿en qué momento?

a. Antes de salir del hospital.....1
 b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....2
 c. Después del primer mes.....3
 d. No recuerda en qué momento.....8
 NS/NR9

A0822

Pasa a 8.24

8.23 ¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?	<table> <tr><td>Condón o preservativo masculino.....</td><td>01</td><td></td></tr> <tr><td>Condón femenino.....</td><td>02</td><td></td></tr> <tr><td>Pastillas o píldoras.....</td><td>03</td><td></td></tr> <tr><td>Inyecciones.....</td><td>04</td><td></td></tr> <tr><td>Parche anticonceptivo.....</td><td>05</td><td></td></tr> <tr><td>Dispositivo, DIU o aparato</td><td>06</td><td></td></tr> <tr><td>Implantes, tubos o norplant.....</td><td>07</td><td>A0823</td></tr> <tr><td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td><td>08</td><td></td></tr> <tr><td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td><td>09</td><td></td></tr> <tr><td>Operación masculina o vasectomía.....</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>Otro</td><td>77</td><td></td></tr> <tr><td>No recuerda.....</td><td>88</td><td></td></tr> <tr><td>NS/NR.....</td><td>99</td><td></td></tr> </table>	Condón o preservativo masculino.....	01		Condón femenino.....	02		Pastillas o píldoras.....	03		Inyecciones.....	04		Parche anticonceptivo.....	05		Dispositivo, DIU o aparato	06		Implantes, tubos o norplant.....	07	A0823	Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	08		Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	09		Operación masculina o vasectomía.....	10		Otro	77		No recuerda.....	88		NS/NR.....	99	
Condón o preservativo masculino.....	01																																							
Condón femenino.....	02																																							
Pastillas o píldoras.....	03																																							
Inyecciones.....	04																																							
Parche anticonceptivo.....	05																																							
Dispositivo, DIU o aparato	06																																							
Implantes, tubos o norplant.....	07	A0823																																						
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	08																																							
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	09																																							
Operación masculina o vasectomía.....	10																																							
Otro	77																																							
No recuerda.....	88																																							
NS/NR.....	99																																							
8.24 Sin decirme el resultado, en los ultimos 12 meses ¿le hicieron una prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?	<table> <tr><td>No</td><td>0</td><td>→ Pasa a sección IX</td></tr> <tr><td>Sí.....</td><td>1</td><td>A0824</td></tr> <tr><td>No recuerda.....</td><td>8</td><td rowspan="2">Pasa a sección IX</td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>9</td></tr> </table>	No	0	→ Pasa a sección IX	Sí.....	1	A0824	No recuerda.....	8	Pasa a sección IX	No responde.....	9																												
No	0	→ Pasa a sección IX																																						
Sí.....	1	A0824																																						
No recuerda.....	8	Pasa a sección IX																																						
No responde.....	9																																							
8.25 Sin decirme el resultado de la prueba ¿lo recibió?	<table> <tr><td>Sí.....</td><td>1</td><td rowspan="3">A0825</td></tr> <tr><td>No.....</td><td>2</td></tr> <tr><td>NS/NR.....</td><td>9</td></tr> </table>	Sí.....	1	A0825	No.....	2	NS/NR.....	9																																
Sí.....	1	A0825																																						
No.....	2																																							
NS/NR.....	9																																							

IX. VACUNACION ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

PARA ADULTOS (HOMBRE O MUJER) DE 20 A 59 AÑOS (ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS, PASA A 9.14)

Le preguntaré por todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 20 años, considere las aplicadas en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

9.1 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud (Hombre o Mujer de 20 a 59 años), el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?				
REVISY Y SELECCIONA UN CÓDIGO				
Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud (Hombres o Mujeres de 20 a 59 años), y tiene información.....1 Tiene documento probatorio o comprobante.....2 Sí la tiene, pero no la mostró.....3 No tiene cartilla.....4 Sí mostró la cartilla, pero no tiene información5	<table> <tr><td>A0901</td></tr> <tr><td>Pasa a 9.9</td></tr> <tr><td>Pasa a 9.3</td></tr> </table>	A0901	Pasa a 9.9	Pasa a 9.3
A0901				
Pasa a 9.9				
Pasa a 9.3				

9.2 ¿Por qué no tiene la cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- No se la han dado.....1
- La extravió.....2
- No le han dado la reposición.....3
- No la tiene disponible en este momento.....4
- Vivienda afectada por sismo u otro desastre
- Natural.....5
- Otra.....6
- No sabe.....9

Pasa a filtro antes de 9.4

A0902

9.3 ¿Por qué no tiene información registrada en su cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- No se ha vacunado..... 1
- Se vacunó, tiene documento probatorio o comprobante,
pero no lo mostró..... 2
- No sabe / No responde..... 3

Pasa a Sección X

A0903

PARA ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS QUE NO MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR(A): SI ES ADULTO DE 40 AÑOS O MÁS PASA A 9.6

9.4 Desde sus 20 años de edad, ¿le han aplicado la vacuna contra el Sarampión y la Rubéola (SR)? (para personas entre 20 a 39 años)

SELECCIONA UN CÓDIGO

- Sí.....1
- NO.....2
- No sabe / No recuerda.....9

A0904

Pasa a 9.6

9.5 ¿Cuántas veces se la han aplicado?

ANOTA NÚMERO

Número |__|

A0995

No sabe / No recuerda.....9

9.6 En los últimos 10 años, ¿le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- Sí.....1
- NO.....2
- No sabe / No recuerda.....9

A0906

Pasa a 9.8

9.7 ¿Cuántas veces se la han aplicado?

ANOTA NÚMERO

Número |__|

A0997

No sabe / No recuerda.....9

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

- Sí.....1
- NO.....2
- No sabe / No recuerda.....9

Pasa a sección X

A0908

PARA ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS QUE MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. SI TIENE EL DATO ESCRITO CON LÁPIZ, LA INFORMACIÓN NO DEBE ANOTARSE

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí1 NO2	B) Fecha de aplicación		
					Día	Mes	Año
9.9 Sarampión y Rubéola (SR) (Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto, hasta los 39 años de edad)	Sin antecedente vacunal	Primera	Al primer contacto	A09091A	A09091BD		
		Segunda	4 semanas después de la primera	A09092A	A09092BD		
	Con esquema incompleto	Dosis única	Al primer contacto	A09093A	A09093BD		
		Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años	A09101A	A09101BD	
9.10 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial	A09102A	A09102BD		
		Segunda	1 mes después de la primera dosis	A09103A	A09103BD		
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis	A09104A	A09104BD		
		Única	A partir de la semana 20 del embarazo	A09111A	A09111BD		
9.12 Influenza Estacional (De septiembre de 2022 a la fecha)	Personas con factores de riesgo		Anual	A09121A	A09121BD		
	Embarazadas	Única	Cualquier trimestre del embarazo	A09122A	A09122BD		
9.13 Otras Vacunas Anota textual el nombre como aparece en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante	A09131NOM			A09131ED	A09131BD		
	A09132NOM			A09132EDAD	A09132BD		
	A09133NOM			A09133ED	A09133BD		
	A09134NOM			A09134ED	A09134BD		
	A09135NOM			A09135ED	A09135BD		

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS

Le preguntaré por todas las vacunas que le han aplicado a partir de los 60 años, considere las aplicadas en la unidad médica, con el médico privado, durante campañas de vacunación o en su casa.

9.14 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor (personas de 60 años y más), el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

REVISY Y SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud

(Adultos mayores de 60 años o más), y tiene información.....1

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

Sí la tiene, pero no la mostró.....3

No tiene cartilla..4

Sí mostró la Cartilla, pero no tiene información5

Pasa a 9.22

A0914

Pasa a 9.16

9.15 ¿Por qué no tiene la cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- | | | |
|--|---|---------------|
| No se le han dado..... | 1 | } Pasa a 9.17 |
| La extravió..... | 2 | |
| No le han dado la reposición..... | 3 | |
| No la tiene disponible en este momento..... | 4 | |
| Vivienda afectada por sismo u otro desastre natural..... | 5 | |
| Otra..... | 6 | |
| No sabe..... | 9 | |

A0915

9.16 ¿Por qué no tiene información registrada en su cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- | | | |
|---|---|--------------------|
| No se ha vacunado | 1 | → Pasa a Sección X |
| Se vacunó, tiene documento probatorio o comprobante, pero no lo mostró..... | 2 | |
| No sabe..... | 9 | |

A0916

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE NO MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO**9.17 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?**

SELECCIONA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|---|---------------|
| Sí..... | 1 | } Pasa a 9.19 |
| NO..... | 2 | |
| No sabe / No recuerda..... | 9 | |

A0917

9.18 ¿Cuántas veces le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

ANOTA NÚMERO

Número |__|

No sabe / No recuerda.....9

A0918

9.19A En los últimos 10 años, ¿le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|---|---------------|
| Sí..... | 1 | } Pasa a 9.21 |
| NO..... | 2 | |
| No sabe / No recuerda..... | 9 | |

A0919

9.20 ¿Cuántas veces se le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?

ANOTA NÚMERO

Número |__|

No sabe / No recuerda.....9

A0920

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

- | | | |
|----------------------------|---|--------------------|
| Sí..... | 1 | } Pasa a sección X |
| NO..... | 2 | |
| No sabe / No recuerda..... | 9 | |

A0921

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

ENTREVISTADOR: TRANSCRIBE DE LA CARTILLA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. SI TIENE EL DATO ESCRITO CON LÁPIZ, LA INFORMACIÓN NO DEBE ANOTARSE

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS Sí..... 1 NO..... 2	B) Fecha de aplicación		
				Día	Mes	Año	
9.22 Neumocócica Polisacárida (Neumonía por neumococo)	Única		A partir de los 65 años	<input type="text" value="A09221A"/>		<input type="text" value="A09221BD"/>	
	Personas con factores de riesgo	Dosis Inicial	60 a 64 años de edad	<input type="text" value="A09222A"/>		<input type="text" value="A09222BD"/>	
		Revacunación Única	Cinco años después de la dosis inicial	<input type="text" value="A09223A"/>		<input type="text" value="A09223BD"/>	
9.23 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años	<input type="text" value="A09231A"/>		<input type="text" value="A09231BD"/>	
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial	<input type="text" value="A09232A"/>		<input type="text" value="A09232BD"/>	
		Segunda	1 mes después de la primera dosis	<input type="text" value="A09233A"/>		<input type="text" value="A09233BD"/>	
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis	<input type="text" value="A09234A"/>		<input type="text" value="A09234BD"/>	
9.24 Influenza Estacional (De septiembre de 2022 a la fecha)	Una dosis		Anual	<input type="text" value="A09241A"/>		<input type="text" value="A09241BD"/>	
9.25 Otras Vacunas Anota textual el nombre como aparece en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante	<input type="text" value="A09252NOM"/>			<input type="text" value="A09252ED"/>		<input type="text" value="A09252BD"/>	
	<input type="text" value="A09253NOM"/>			<input type="text" value="A09253ED"/>		<input type="text" value="A09253BD"/>	
	<input type="text" value="A09254NOM"/>			<input type="text" value="A09254ED"/>		<input type="text" value="A09254BD"/>	
	<input type="text" value="A09255NOM"/>			<input type="text" value="A09255ED"/>		<input type="text" value="A09255BD"/>	

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.1 Durante los últimos 12 meses, un médico u otro profesional de la salud le realizó... SELECCIONA UN CÓDIGO SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIA EN EL INCISO f 1 → Sí aplica de 10.2 a 10.8 2 → NO pasa a 10.1b	10.1b ¿Por qué no le realizaron la detección? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Se realizó la detección hace más de un año 2 no tenían el equipo para realizarla 3 no le ofrecieron hacer la medición 4 no permitió que le hicieran la medición 5 no le interesa realizarse el estudio/ no tiene tiempo 6 No tiene dinero 7 No ha ido al médico 8 No tiene acceso a servicio médico 9 Otro Pasa a siguiente prueba de detección	10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio? SELECCIONA UN CÓDIGO 01 IMSS 02 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 03 ISSSTE, ISSSTE Estatal 04 Centro de Salud u Hospital de la SSA/Instituto Nacional de Salud 05 PEMEX, Defensa, Marina 06 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico 07 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios 08 Consultorio de médico privado 09 Otra (especifique) 10 No sabe	10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Sí 2 NO	10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Sí 2 NO Pasa a siguiente prueba de detección		
PARA MUJERES DE 20 AÑOS Y MÁS						
a) prueba de papanicolaou? (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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b) prueba del virus del papiloma? (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).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c) exploración clínica de los senos? (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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARA MUJERES DE 40 a 69 AÑOS						
d) detección de cáncer de mama? (Mastografía) Se trata de una radiografía de sus senos.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS						
f) detección de sobrepeso u obesidad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f.1) medición del perímetro de la cintura?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Positivo o anormal 2 Bien, negativo o normal 8 No responde 9 No sabe Pasa a siguiente prueba de detección	10.6 ¿Recibió tratamiento médico para este diagnóstico? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Sí 2 No Pasa a pregunta 10.7 Incisos b, c, d, f, f1 y J pasa a siguiente inciso, último a siguiente sección. Incisos a, g, h, i continua con 10.6A	10.6A ¿Qué tratamiento recibió? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Medicamentos 2 Cirugía/operación 3 Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud) 4 Plan de ejercicio físico 5 Otro (especifique) Pasa a pregunta 10.8	10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento? SELECCIONA UN CÓDIGO 01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra 99 No sabe Cualquier respuesta pasa a siguiente prueba de detección, último a siguiente sección	10.8 ¿Ha tenido consultas de seguimiento a partir de su diagnóstico o de su tratamiento? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 SÍ 2 NO Pasa a siguiente prueba de detección, última pasa a siguiente sección	
PARA MUJERES DE 20 AÑOS Y MÁS					
CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	ESPECIFIQUE	CÓDIGO	CÓDIGO
a) prueba de papanicolaou? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005A</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006A</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006AB</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006ABE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007A</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008A</div>
b) prueba del virus del papiloma? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005B</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006B</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006BB</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006BBE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007B</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008B</div>
c) exploración clínica de senos? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005C</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006C</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006CB</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006CBE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007C</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008C</div>
PARA MUJERES DE 40 a 69 AÑOS					
d) detección de cáncer de mama? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005D</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006D</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006DB</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006DBE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007D</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008D</div>
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS					
f) detección de sobrepeso u obesidad? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005F</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006F</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006FB</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006FBE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007F</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008F</div>
f.1) medición del perímetro de la cintura? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1005F1</div> __	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006F1</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006F1B</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1006F1BE</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> __ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1007F1</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1008F1</div>

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.1 Durante los últimos 12 meses, un médico u otro profesional de la salud le realizó... SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIA EN EL INCISO f SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN 1 → SÍ aplica de 10.2 a 10.8 2 → NO pasa a 10.1b	10.1b ¿Por qué no le realizaron la detección? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Se realizó la detección hace más de un año 2 no tenían el equipo para realizarla 3 no le ofrecieron hacer la medición 4 no permitió que le hicieran la medición 5 no le interesa realizarse el estudio/ no tiene tiempo 6 No tiene dinero 7 No ha ido al médico 8 No tiene acceso a servicio médico 9 Otro Pasa a siguiente prueba de detección	10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio? SELECCIONA UN CÓDIGO 01 IMSS 02 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 03 ISSSTE, ISSSTE Estatal 04 Centro de Salud u Hospital de la SSA/Instituto Nacional de Salud 05 PEMEX, Defensa, Marina 06 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico 07 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios 08 Consultorio de médico privado 09 Otra (especifique) 10 No sabe	10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 SÍ 2 NO	10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 SÍ 2 NO Pasa a siguiente prueba de detección		
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 3.1 =1 (DIABETES) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO						
g) detección de diabetes? (prueba de glucosa capilar, piquete en el dedo o glucosa en sangre)	CÓDIGO <input type="text"/> A1001G <input type="text"/>	CÓDIGO <input type="text"/> A1001GB <input type="text"/>	CÓDIGO <input type="text"/> A1002G <input type="text"/>	ESPECIFIQUE <input type="text"/> A1002GE <input type="text"/>	CÓDIGO <input type="text"/> A1003G <input type="text"/>	CÓDIGO <input type="text"/> A1004G <input type="text"/>
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 4.1 =1 (PRESIÓN ALTA) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO						
h) detección de hipertensión? (toma de presión arterial)	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001H <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001HB <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002H <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002HE <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1003H <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1004H <input type="text"/>
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 6.4 o 6.6 =1 (COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO						
i) detección de colesterol o triglicéridos altos (examen de sangre)?	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001I <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001IB <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002I <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002IE <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1003I <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1004I <input type="text"/>
PARA HOMBRES DE 40 AÑOS Y MÁS						
j) detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001J <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1001JB <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002J <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1002JE <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1003J <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> A1004J <input type="text"/>

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Positivo o anormal 2 Bien, negativo o normal 8 No responde 9 No sabe Pasa a siguiente prueba de detección	10.6 ¿Recibió tratamiento médico para este diagnóstico? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Sí 2 No Pasa a pregunta 10.7 Incisos b, c, d, f, f1 y J pasa a siguiente inciso, última a siguiente sección. Incisos a, g, h, i continúan con 10.6A	10.6A ¿Qué tratamiento recibió? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Medicamentos 2 Cirugía/operación 3 Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud) 4 Plan de ejercicio físico 5 Otro (especifique) Pasa a pregunta 10.8	10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento? SELECCIONA UN CÓDIGO 01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra 99 No sabe Cualquier respuesta pasa a siguiente prueba de detección, última a siguiente sección	10.8 ¿Ha tenido consultas de seguimiento a partir de su diagnóstico o de su tratamiento? SELECCIONA UN CÓDIGO 1 Sí 2 NO Pasa a siguiente prueba de detección, última pasa a siguiente sección	
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 3.1 =1 (DIABETES) PASA A SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO					
g) detección de diabetes? CÓDIGO A1005G	CÓDIGO A1006G	CÓDIGO A1006GB	ESPECIFIQUE A1006GBE	CÓDIGO A1007G	CÓDIGO A1008G
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 4.1 =1 (PRESIÓN ALTA) PASA SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO					
h) detección de hipertensión? CÓDIGO A1005H	CÓDIGO A1006H	CÓDIGO A1006HB	ESPECIFIQUE A1006HBE	CÓDIGO A1007H	CÓDIGO A1008H
PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 6.4 o 6.6 =1 (COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO					
i) detección de colesterol o triglicéridos CÓDIGO A1005I	CÓDIGO A1006I	CÓDIGO A1006IB	ESPECIFIQUE A1006IBE	CÓDIGO A1007I	CÓDIGO A1008I
PARA HOMBRES DE 40 AÑOS Y MÁS					
j) detección de cáncer de próstata CÓDIGO A1005J	CÓDIGO A1006J	CÓDIGO A1006JB	ESPECIFIQUE A1006JBE	CÓDIGO A1007J	CÓDIGO A1008J

XI. ACCIDENTES

11.1 ¿Sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A1101</div>
11.2 ¿Cómo fue que se accidentó? REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....01 → Pasa a 11.3 Choque en motocicleta.....02 } Pasa a 11.4 Choque o atropellamiento como ciclista.....03 } Atropellado(a) como peatón.....04 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05 → Pasa a 11.3 Caída a nivel de piso.....06 Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07 Caída de un nivel a otro: silla, escalera etc.....08 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro etc.).....09 Exposición a corriente eléctrica, radiación10 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 →	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A1102</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
11.3 ¿Llevaba puesto el cinturón?	Sí.....1 No.....2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A1103</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
11.4 ¿Llevaba puesto el casco?	Sí.....1 No.....2	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A1104</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
11.5 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	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	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto; text-align: center;">A1105</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

11.7 ¿Dónde lo/la atendieron cuando ocurrió el accidente?		A1107	
SELECCIONA UN CÓDIGO			
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01		
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02	I _ I _ I	
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03		
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04		
PEMEX, Defensa, Marina	05		
Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06		
Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios.....	07		
Consultorio de médico privado.....	08		
Otro (especifique).....	09	A1107E	
No sabe / No recuerda.....	10		
No se atendió.....	11		

11.8 Cuando sufrió el accidente, ¿estaba bajo los efectos de ...	alcohol?01	A1108
	drogas? (especifique)02	
	ambos?03	
	Otro (especifique)77	
	No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....08	
	NS/NR.....09	

11.9 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?	Ningún problema.....1	A1109
	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).....7	
	NS/NR.....9	

XII. ATAQUE Y VIOLENCIA PARA ADULTOS DE 20 AÑOS O MÁS

Ahora le preguntaré sobre algún incidente de agresión o violencia que haya presentado

12.1 En los últimos 12 meses, ¿sufrió usted algún daño a su salud por robo, agresión o violencia?	Sí..... 1 No..... 2 } Pasa a 12.10 NR..... 9	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 0 auto;">A1201</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
12.2 ¿Qué fue lo que le pasó? PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN	Agresiones con sustancias..... 01 Sofocación, estrangulamiento, ahogamiento..... 02 Herida por arma de fuego..... 03 Herida por arma punzocortante (cuchillos, navajas, etc.)..... 04 Empujón desde un lugar elevado..... 05 Golpes, patadas, puñetazos..... 06 Agresión sexual..... 07 Envenenamiento u obstrucción de las vías respiratorias por sustancias u objetos calientes..... 08 Agresiones verbales..... 09 Otro (especifique)..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1202E</div> 77 No responde..... 99	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 0 auto;">A1202A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202B</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202C</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202D</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202E</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202F</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202G</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202H</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202I</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202J</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 2px auto;">A1202K</div>
12.3 ¿Cuál fue el principal motivo? ANOTA LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE	Robo o asalto..... 01 Incidente de tránsito..... 02 Riña con desconocidos..... 03 Riña con conocidos..... 04 Secuestro..... 05 Detención..... 06 Violencia con familiares..... 10 Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a)..... 11 Intento de Homicidio..... 12 Otro (especifique)..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1203E</div> 77 NS/NR..... 99	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 0 auto;">A1203</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
12.4 ¿En qué lugar ocurrió el ataque o violencia?	Hogar..... 01 Escuela..... 02 Trabajo..... 03 Transporte público..... 04 Vía pública..... 05 Campo..... 06 Centro recreativo o deportivo..... 07 Antro, bar..... 08 Establecimiento comercial..... 09 Otro (especifique)..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1204E</div> 77 NS/NR..... 99	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 0 auto;">A1204</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>
12.6 ¿En qué institución lo(a) atendieron cuando ocurrió el ataque o agresión?		
SELECCIONA UN CÓDIGO		
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 03 Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud..... 04 PEMEX, Defensa, Marina 05 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico..... 06 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios..... 07 Consultorio médico privado..... 08 Otro (especifique)..... <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A1206E</div> 09 No sabe / No recuerda..... 10 No se atendió..... 11		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 60px; margin: 0 auto;">A1206</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>

12.7 Cuando sufrió el ataque o violencia ¿estaba usted bajo los efectos de ...	alcohol?1 drogas?2 ambos?3 Otro (especifique) <input type="text" value="A1207E"/>7 No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....8 NS/NR.....9	<input type="text" value="A1207"/> <input type="text"/>
12.8 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó el ataque o violencia?	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)..... 7 <input type="text" value="A1208E"/> NS/NR..... 9	<input type="text" value="A1208"/> <input type="text"/>
12.9 ¿Quién fue la persona que le atacó?	Pareja..... 1 Familiar2 Amigo(a)3 Novio(a)4 Vecino(a) u otro(a) conocido(a) 5 Desconocido(a) 6 Policía..... 7 No responde.....9	<input type="text" value="A1209"/> <input type="text"/>
12.10 ¿A lo largo de su vida, alguien le manoseó, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo o tuvo relaciones sexuales con usted cuando era muy pequeño/a?	Sí, antes de los 12 años.....1 Sí, cuando tenía 12 años o más.....2 No, nunca.....3 No recuerda.....8 No responde.....9	<input type="text" value="A1210"/> <input type="text"/>
12.11 ¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?	Sí.....1 No.....2 No responde9	<input type="text" value="A1211"/> <input type="text"/>
12.12 ¿Con qué frecuencia lo ha pensado?	Siempre o muy frecuentemente1 Casi siempre2 Algunas veces3 Rara vez4 No responde9	<input type="text" value="A1212"/> <input type="text"/>
12.13 ¿Alguna vez a propósito se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?	Sí, una vez.....1 Sí, 2 ó más veces.....2 Nunca.....3 → Pasa a Sección XIII	<input type="text"/> <input type="text" value="A1213"/>
12.14 ¿Esto fue en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde9	<input type="text"/> <input type="text" value="A1214"/>

XIII. FACTORES DE RIESGO

TABACO Y ALCOHOL

Le haré unas preguntas sobre consumo de tabaco y alcohol

13.1 Actualmente, ¿fuma tabaco...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

todos los días?..... 1 → Pasa a 13.2
algunos días?..... 2 → Pasa a 13.4
no fuma actualmente?..... 3 → Pasa a 13.5
No responde..... 9 → Pasa a 13.7

A1301

13.2 ¿A qué edad comenzó a fumar productos del tabaco todos los días?

ANOTA NÚMERO

Edad

A1302

SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 1

Antes de los 12 años..... 97
 Entre los 12 y 19 años..... 98
 20 años o más..... 99

Cualquier respuesta pasa a 13.3

13.3 En promedio, ¿cuántos cigarros fuma actualmente por día?

SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 1

ANOTA NÚMERO

Cigarros por día

A1303

Cualquier respuesta pasa a 13.7

13.4 En promedio, ¿cuántos cigarros fuma actualmente por semana?

SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 2

ANOTA NÚMERO

Cigarros por semana

A1304

Cualquier respuesta pasa a 13.7

13.5 En el pasado ¿ha fumado productos del tabaco...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

A1305

todos los días?..... 1 } Pasa a 13.6
algunos días?..... 2 }
nunca ha fumado?..... 3 } Pasa a 13.7
No responde..... 9 }

13.6 ¿Hace cuánto tiempo dejó definitivamente de fumar?

LEER Y SELECCIONA UN CÓDIGO

Tiempo

Años..... 1
 Meses..... 2
 Semanas..... 3
 Días..... 4
 Menos de un día..... 5
 No responde..... 9

A1306P

A1306T

Cualquier respuesta pasa a 13.7

13.7 Los cigarros electrónicos son productos que utilizan baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen comúnmente como “e-cigarrete” (pronunciado e-cigarret), “e-cig”, “vape” (veip o vape) o “vapeador”.

(Muestra Tarjeta con imagen)

¿Actualmente vapea o consume cigarros electrónicos ...

todos los días?..... 1
algunos días?..... 2
Actualmente no consume..... 3
No conoce el cigarro electrónico..... 4
No responde..... 9

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

A1307

13.8 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia tomó al menos una copa ya sea de vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol?

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

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

Diario..... 1
Semanal..... 2
Mensual..... 3
Anual..... 4

MUESTRA TARJETA

Pasa a 13.9 (Hombre) o 13.10 (Mujer)

A1308

No ha consumido en los últimos 12 meses ... 5
Nunca ha consumido..... 6
No responde..... 9

Pasa a 13.a.1

SI ES HOMBRE, PREGUNTA:

13.9 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia tomó cinco o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

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

A1309

SI ES MUJER, PREGUNTA:

13.10 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia tomó cuatro o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

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

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

Diario..... 1
Semanal..... 2
Mensual..... 3
7 a 11 veces al año..... 4
1 a 6 veces al año..... 5
No en los últimos 12 meses..... 6
No responde..... 9

Pasa a 13.11 (Hombre) o 13.12 (Mujer)

Pasa a 13.a.1

A1310

SI ES HOMBRE:

13.11 En los últimos 30 días, ¿Tomó cinco o más copas de alcohol en al menos una ocasión

Sí..... 1
No..... 2
No responde..... 9

A1311

SI ES MUJER:

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

Sí..... 1
No..... 2
No responde..... 9

A1312

FILTRO: SI EN LA PREGUNTA 4.6 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR LA RESPUESTA FUE SI (1) CONTÍNE
SI EN LA PREGUNTA 4.6 DEL CUESTIONARIO DE HOGAR LA RESPUESTA FUE NO (2) PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

<p>13.13 En los últimos 3 meses, ¿le han realizado un test sobre consumo de alcohol al ser atendido por alguna necesidad de salud en alguna institución de salud? (aclarar no nos referimos al alcoholímetro)</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No me he atendido por alguna necesidad de salud.. 3</p> <p>No responde..... 9</p> <p>→ Pasa a Sección XIII. A</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>A1313</p>
<p>13.14 ¿Recibió consejería sobre su consumo de alcohol?</p>	<p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No responde..... 9</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p>A1314</p>

SECCIÓN XIII.A USO DE SUSTANCIAS

PARA PERSONAS DE 20 A 65 AÑOS			
FENTANILO			
13.a.1 ¿Conoce o ha escuchado hablar alguna vez sobre el fentanilo?	Sí.....	1	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
	No.....	2	
	No sabe/No responde.....	9	
		Pase a leyenda antes de 13.a.3	
		<div>A13A1</div>	
13.a.2 Me podría decir, ¿con qué otro nombre conoce o ha escuchado hablar del fentanilo?, considere cualquier sustancia que lo contenga. <div> PUEDES SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN </div> <div> <div> A13A2A A13A2B A13A2C A13A2D A13A2E A13A2F A13A2G A13A2H A13A2I A13A2J </div> </div>	Fentanilo para uso médico.....	01	
	Heroína blanca.....	02	<div></div>
	Heroína sintética.....	03	
	Chiva blanca.....	04	<div></div>
	El fenta, fetanil.....	05	
	Pastillas M30.....	06	<div></div>
	Fentanilo arcoíris (caramelos).....	07	
	China white.....	08	<div></div>
	China girl.....	09	<div></div>
	China town.....	10	<div></div>
	Tango y cash.....	11	<div></div>
	Apache.....	12	<div></div>
	Dance fever.....	13	<div></div>
	Friend.....	14	
	Gooddfellas.....	15	<div></div>
	Jackpot.....	16	
	Murder 8.....	17	<div></div>
	Great bear.....	18	
	He-Man.....	19	<div></div>
	King ivory.....	20	
	Diablito.....	21	
	Solo como fentanilo.....	22	
	Otro (especifique).....	23	<div> <div>A13A2E</div> </div>
	No sabe/No responde.....	99	

USO DE SUSTANCIAS MÉDICAS

Haga las preguntas 13.a.3, 13.a.4 y 13.a.5 en forma vertical. Continúe preguntando en forma horizontal las preguntas 13.a.6 y 13.a.7

Ahora le preguntaré sobre el uso de algunas sustancias

13.a.3 Casi todo el mundo toma medicamentos y sustancias por varias razones. Me podría decir si ha tomado, usado, probado... 1 Sí 2 No 9 No sabe/No contesta PREGUNTA PRIMERO DE A-D, LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS COTINÚAN CON LA PREGUNTA 13.a.4 SI EN TODOS LOS INCISOS LA RESPUESTA ES "NO, NO SABE/ NO CONTESTA" PASA A 13.a.8		13.a.4 Principalmente, ¿Cómo ha usado (mencione medicamento o sustancia) fue... LEA CADA OPCIÓN 1 Sin receta o en forma diferente a como lo indicó el médico? 2 Con receta médica y como lo indicó el médico? 3 No sabe/No contesta SI HA USADO MÁS DE UNA SUSTANCIA DEL GRUPO Y AL MENOS UNA SE USÓ SIN RECETA O EN FORMA DIFERENTE A COMO LO INDICÓ EL MÉDICO REGISTRA CODIGO 1. PREGUNTA PRIMERO DE A-D. LOS CÓDIGO 1, COTINÚAN CON LA PREGUNTA 13.a.5 SI LA RESPUESTA ES CÓDIGO 2 O 3 PASA AL SIGUIENTE INCISO, ÚLTIMO PASE A 13.a.8		13.a.5 ¿Qué edad tenía cuando usó (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica por primera vez? Edad _ _ _ 006 6 años o menos 111 Antes de los 12 años 119 Entre los 12 y 19 años 120 20 años o más 999 No sabe/No contesta. SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA", O "DESDE QUE ME ACUERDO" CONTINUA PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS? ¿FUE ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS? O ¿FUE A LOS 20 AÑOS O MÁS? SI EN UN GRUPO HA USADO MÁS DE UNA SUSTANCIA SIN RECETA O EN FORMA DIFERENTE A COMO LO INDICÓ EL MÉDICO REGISTRA LA EDAD DE CONSUMO DE LA PRIMERA SUSTANCIA		13.a.6 ¿Cuántas veces en su vida ha usado (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica? 1 1-2 veces 2 3-5 veces 3 6-10 veces 4 11-49 veces 5 50 o más		13.a.7 En los últimos 12 meses, ¿ha usado (mencione medicamento o sustancia) sin prescripción médica? 1 Sí 2 No 9 No sabe/ No contesta PASA A SIGUIENTE SUSTANCIA, ÚLTIMA PASA A PASA A 13.a.8			
CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO		CÓDIGO			
a) Opiáceos: para aliviar el dolor severo (grave, intenso) como la morfina, nubain, darvon, demerol, roxanol, codeína, talwin, láudano, buprenorfina, fentanilo, también conocidos como "fifi", "apolo", "nuvainaso".		_ _ A13A3A		_ _ A13A4A		_ _ _ _ A13A5A		_ _ A13A6A		, _ _ A13A7A	
b) Tranquilizantes: para calmar a las personas, calmar los nervios o relajar sus músculos como librium, valium, diacepam, ativan, rohypnol, rivotril, benzodiacepina, tafil, lexotan, también conocidos como "faroles", "pastas", "roches", "reinas".		_ _ A13A3B		_ _ A13A4B		_ _ _ _ A13A5B		_ _ A13A6B		_ _ A13A7B	
c) Sedantes y Barbitúricos: para ayudar a las personas a dormir o a relajarse como equanil, mandrax, sevenal, sopor, conocidos también como "pastas" y "chochos", "quesos", "pacidinas".		_ _ A13A3C		_ _ A13A4C		_ _ _ _ A13A5C		_ _ A13A6C		_ _ A13A7C	
d) Anfetaminas o estimulantes: para ayudar a perder peso o dar a la gente más energía como ritalín, asenlix, diestet, benzedrina, aktedrón, captagón, tenuate, pastillas, también conocidas como: "anfetas", "aceleradores", "voladores", "cri-cri".		_ _ A13A3D		_ _ A13A4D		_ _ _ _ A13A5D		_ _ A13A6D		_ _ A13A7D	

USO DE SUSTANCIAS NO MÉDICAS

Primero haga las preguntas 13.a.8 y 13.a.9 en forma vertical. Continúe preguntando en forma horizontal las preguntas 13.a.10 y 13.a.11

Ahora le preguntaré sobre el uso de otras sustancias

13.a.8 ¿Me podría decir si ha tomado, usado, probado...	13.a.9 ¿Qué edad tenía cuando usó (mencione sustancia) por primera vez?	13.a.10 ¿Ha usado (mencione sustancia) en los últimos 12 meses?	13.a.11 ¿Cuántas veces y con qué frecuencia consumió (mencione sustancia) en los últimos 12 meses?	
1 Sí 2 No 9 No sabe/No contesta PREGUNTA PRIMERO DE A-H, LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS CONTINÚAN CON LA PREGUNTA 13.A.9 SI EN TODOS LOS INCISOS LA RESPUESTA ES "NO", PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN	Edad 006 6 años o menos 111 Antes de los 12 años 119 Entre los 12 y 19 años 120 A los 20 años o más 999 No sabe/No contesta. SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES "TODA LA VIDA", O "DESDE QUE ME ACUERDO" CONTINÚA PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS ¿FUE ENTRE LOS 12 Y 19 AÑOS? O ¿FUE A LOS 20 AÑOS O MÁS? SI EN UN GRUPO HA USADO MÁS DE UNA SUSTANCIA REGISTRA LA EDAD DE CONSUMO DE LA PRIMERA SUSTANCIA	Sí 1 No 2 PASA A SIGUIENTE SUSTANCIA. ÚLTIMA PASA A LA SIGUIENTE SECCIÓN	Veces Frecuencia Al día 1 A la semana 2 Al mes 3 Al año 4 PASA A SIGUIENTE SUSTANCIA, ÚLTIMA PASA A SIGUIENTE SECCIÓN	
CÓDIGO	EDAD	CÓDIGO	VECES	CÓDIGO
a) Marihuana, también llamada "hashish", "mota", "café", "yerba", etc. <input type="text"/> A13A8A	<input type="text"/> A13A9A	<input type="text"/> A13A10A	<input type="text"/> A13A11AV	<input type="text"/> A13A11AF
b) Cocaína, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca", etc. <input type="text"/> A13A8B	<input type="text"/> A13A9B	<input type="text"/> A13A10B	<input type="text"/> A13A11BV	<input type="text"/> A13A11BF
c) Crack, también llamado "piedra". <input type="text"/> A13A8C	<input type="text"/> A13A9C	<input type="text"/> A13A10C	<input type="text"/> A13A11CV	<input type="text"/> A13A11CF
d) Alucinógenos: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip" o "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc. <input type="text"/> A13A8D	<input type="text"/> A13A9D	<input type="text"/> A13A10D	<input type="text"/> A13A11DV	<input type="text"/> A13A11DF
e) Inhalables: como thinner, PVC, cemento, resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse. <input type="text"/> A13A8E	<input type="text"/> A13A9E	<input type="text"/> A13A10E	<input type="text"/> A13A11EV	<input type="text"/> A13A11EF
f) Heroína, opio, también llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball". <input type="text"/> A13A8F	<input type="text"/> A13A9F	<input type="text"/> A13A10F	<input type="text"/> A13A11FV	<input type="text"/> A13A11FF
g) Estimulantes tipo anfetamínico, droga de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal. <input type="text"/> A13A8G	<input type="text"/> A13A9G	<input type="text"/> A13A10G	<input type="text"/> A13A11GV	<input type="text"/> A13A11GF
h) Otras drogas como: Ketamina, (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido. <input type="text"/> A13A8H	<input type="text"/> A13A9H	<input type="text"/> A13A10H	<input type="text"/> A13A11HV	<input type="text"/> A13A11HF
i) Marihuana sintética (spice, K2, Yucatán Fire) <input type="text"/> A13A8I				

XIV. FUNCIONAMIENTO

ESTA SECCIÓN APLICA PARA TODAS LAS PERSONAS DE 20 A 59 AÑOS Y PARA EL 50% DE LAS PERSONAS SELECCIONADAS DE 60 AÑOS Y MÁS

14.1 ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Incluya el uso de anteojos para leer.	Sí..... 1 No..... 2	<input type="text"/> A1401
14.2 ¿Usa una prótesis auditiva?	Sí..... 1 No..... 2	<input type="text"/> A1402

Ahora voy a preguntarle por las dificultades que puede que tenga al realizar una serie de actividades. Para cada una de ellas tendrá cuatro respuestas posibles. Por favor dígame si usted: 1) no tiene ninguna dificultad, 2) tiene cierta dificultad 3) tiene mucha dificultad, o 4) no puede realizar la actividad.

Entrevistador: Repita las categorías en cada pregunta siempre que la/el entrevistad(a)/(o) no utilice una de estas respuestas: Recuerde, las cuatro posibles respuestas son: 1) no tiene ninguna dificultad, 2) cierta dificultad 3) tiene mucha dificultad, o 4) le resulta imposible realizar la actividad.

Entrevistador verifique 14.1: Si la o el entrevistada(o) usa anteojos o lentes de contacto, pasa a 14.3A, de lo contrario pasa a 14.3B

14.3A Cuando usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver? A1403A	Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible ver4	<input type="text"/> A1403B
14.3B ¿Tiene dificultades para ver?		

Entrevistador verifique 14.2: Si la o el entrevistada(o) usa prótesis auditiva, pasa a 14.4A, de lo contrario pasa a 14.4B

14.4A Cuando usa su(s) prótesis auditiva(s), ¿tiene dificultad para oír? 14.4B ¿Tiene dificultades para oír? A1404B	Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible oír.....4	<input type="text"/> A1404A
14.5 ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?	Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible caminar o subir escalones.....4	<input type="text"/> A1405
14.6 ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?	Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible recordar o concentrarse.....4	<input type="text"/> A1406
14.7 ¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?	Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible encargarse de su autocuidado.....4	<input type="text"/>

14.8 Usando su idioma habitual, ¿tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, entender a otros o hacerse entender?	Ninguna dificultad1	[] A1408
	Cierta dificultad2	
	Mucha dificultad3	
ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA		

XV. EVALUACIÓN DE MEMORIA

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS

Antes de continuar con las preguntas de salud, me gustaría hacerle dos preguntas generales sobre su memoria. Sabemos que estas preguntas podrían ser sensibles o difíciles de responder, pero por favor trate de darnos una respuesta. Esta información es confidencial y usted no será identificado(a) de forma individual o sin su consentimiento.

15.1 Actualmente, ¿cuál sería la mejor descripción de su memoria, usted diría que es muy buena, buena, moderada, mala o muy mala?	Muy buena 1	A1501 []
	Buena 2	
	Moderada..... 3	
	Mala 4	
	Muy mala 5	
15.2 Comparada con hace 12 meses, ¿Usted diría que su memoria actualmente es mejor, igual o peor que antes?	Mejor..... 1	A1502 []
	Igual..... 2	
	Peor 3	

FLUIDEZ VERBAL

Ahora le pediré que piense en animales y mencione todos los nombres de animales que pueda.

Le daré un minuto para ver cuántos animales puede mencionar. ¿Está listo? Inicie:

15.3 Cuenta total (número de animales mencionados correctamente)	A1503 []	[]	
15.4 Número de errores (los errores incluyen cualquier cosa que no sea un animal)	A1504 []	[]	
SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado...(MENCIONA CADA OPCIÓN)		[] [] [] []	
15.5 enfermedad de Alzheimer?.....	Sí No 1 2		A1505
15.6 Demencia vascular?.....	1 2		A1506
15.7 Enfermedad de Parkinson.....	1 2		A1507
15.8 Demencia relacionada con el consumo de alcohol?.....	1 2		A1508

XVI. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

ESTA SECCIÓN APLICA PARA EL 50% DE LAS PERSONAS SELECCIONADAS DE 60 AÑOS Y MÁS

Necesito conocer las dificultades que algunas personas tienen para hacer ciertas actividades que son 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, simplemente dígamela.

¿Tiene alguna DIFICULTAD...(Mencione cada pregunta de 16.01 a 16.14)	
16.1 para bañarse (lavarse con esponja, ducha o en bañera)? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1601</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: Se baña completamente. Parcialmente dependiente: necesita ayuda sólo para jabonarse ciertas regiones (como la espalda o una extremidad). Dependiente: Requiere ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo, o para entrar o salir de la tina, o no se puede bañar solo(a).
16.2 para vestirse? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1602</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: Saca la ropa del closet (armario o cajones), se viste y desviste. Se excluye el anudar los cordones. Parcialmente dependiente: saca la ropa y se viste sin asistencia excepto para atar los cordones de los zapatos. Dependiente: no puede vestirse solo(a) o lo hace en parte.
16.3 para usar el sanitario? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1603</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: va al sanitario; se sienta y se levanta del retrete; se limpia los órganos excretores; se arregla la ropa después de la deposición de excretas (puede utilizar por sí mismo el cómodo o el orinal por la noche y puede usar, o no ayuda mecánica). Parcialmente dependiente: recibe asistencia para ir al sanitario o para limpiarse los órganos excretores o para arreglarse la ropa después de la deposición de excretas o para usar por la noche el orinal o cómodo. Dependiente: Recibe total asistencia para ir al sanitario y utilizarlo, o habitualmente no va al sanitario y usa el cómodo o el orinal.
16.4 para movilizarse? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1604</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: se levanta y acuesta en la cama por sí mismo(a), y se sienta y se levanta de una silla sin ayuda (puede, o no, utilizar ayudas mecánicas). Parcialmente dependiente: se levanta y acuesta en la cama o se sienta y se levanta de una silla, con ayuda. Dependiente: no se levanta de la cama.
16.5 para tener continencia urinaria o fecal (capacidad para controlar la orina o la materia fecal)? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1605</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: Controla totalmente la micción y la defecación. Parcialmente dependiente: tiene "accidentes" ocasionales. Dependiente: tiene incontinencia parcial o total de la micción o la defecación; necesita un control parcial o total a base de enemas, sondas o el uso reglado de orinales o pañales.
16.6 para alimentarse? <div style="border: 1px solid black; width: 100px; text-align: center; margin-left: auto;">A1606</div>	<ol style="list-style-type: none"> Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye cortar la carne y prepararle la comida; por ejemplo, ponerle mantequilla al pan) Parcialmente dependiente: se alimenta por sí solo(a), excepto que necesita asistencia en cortar la carne o preparar comida como, por ejemplo untar mantequilla al pan Dependiente: necesita asistencia para comer; no come o recibe alimentación parenteral

XVII. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS

Voy a mencionarle algunas actividades del vivir diario. Por favor dígame si usted (NOMBRE DE LA PERSONA MAYOR) tiene alguna dificultad en realizarlas.

¿Tiene alguna DIFICULTAD...(Mencione cada pregunta de 17.1 a 17.8)	
17.1 para utilizar el teléfono?	<ol style="list-style-type: none"> Utiliza el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar bien algunos números familiares Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar No utiliza el teléfono <div style="text-align: right;">A1701</div>
17.2 para realizar compras?	<ol style="list-style-type: none"> Realiza todas las compras necesarias independientemente Realiza independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado(a) para realizar cualquier compra Totalmente incapaz de comprar <div style="text-align: right;">A1702</div>
17.3 para cocinar?	<ol style="list-style-type: none"> Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo(a) adecuadamente Realiza adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada Necesitan que le preparen y sirvan las comidas <div style="text-align: right;">A1703</div>
17.4 para realizar labores de la casa?	<ol style="list-style-type: none"> Mantiene la casa solo(a) o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel adecuado de limpieza Necesita ayuda en todas las labores de la casa No participa en las labores de la casa <div style="text-align: right;">A1704</div>
17.5 para lavar la ropa?	<ol style="list-style-type: none"> Lava la ropa por sí solo(a) toda su ropa Lava por sí solo(a) pequeñas prendas Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro <div style="text-align: right;">A1705</div>
17.6 para usar el transporte?	<ol style="list-style-type: none"> Viaja solo(o) en transporte público o conduce su propio coche Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte Viaja en transporte público cuando va acompañado(a) por otra persona Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros No viaja <div style="text-align: right;">A1706</div>
17.7 para tomar sus medicamentos (si toma alguno o tuviera que tomar alguno)?	<ol style="list-style-type: none"> Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta Toma su medicación si la dosis es preparada previamente No es capaz de administrar su medicación <div style="text-align: right;">A1707</div>
17.8 para manejar dinero?	<ol style="list-style-type: none"> Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo(a) Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos Incapaz de manejar dinero <div style="text-align: right;">A1708</div>

XVIII. CAÍDAS Y FRACTURAS

18.1 ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 A1801 18.1A ¿Cuántas veces se cayó? _ _ No..... 2 No sabe..... 8 No responde..... 9 <div style="float: right; text-align: right;"> PASA A 18.4 A1801A </div>	<div style="text-align: center;"> _ </div> <div style="text-align: center;"> _ _ </div>
18.2 ¿Buscó atención en un servicio de salud a raíz de la caída (en el caso de haberse caído en más de una ocasión preguntar por la última vez que sucedió)?	Sí1 No2 No sabe8 No responde9 <div style="float: right; text-align: right;"> PASA A 18.4 A1802 </div>	<div style="text-align: center;"> _ </div>
18.3 ¿En qué institución de salud se atendió o recibió atención (en el caso de haberse caído en más de una ocasión preguntar por la última vez que sucedió)?	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01 IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02 ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 03 Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.. 04 PEMEX, Defensa, Marina 05 Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico..... 06 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios... 07 Consultorio de médico privado..... 08 Otro (especifique)..... A1803E 09 No sabe / No recuerda..... 10	<div style="text-align: center;"> _ _ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">A1803</div>
18.4 ¿Se ha fracturado algún(os) hueso(s) incluyendo la cadera en los últimos 12 meses?	Sí1 A1804 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> Sí No No Sabe </div> 18.4A ¿La fractura se debió a la osteoporosis? 1 2 8 No2 No sabe8 No responde9 <div style="float: right; text-align: right;"> PASA A 18.7 A1804A </div>	<div style="text-align: center;"> _ </div> <div style="text-align: center;"> _ </div>
18.5 ¿Buscó atención en un servicio de salud a raíz de la fractura?	Sí1 No2 No sabe8 No responde9 <div style="float: right; text-align: right;"> PASA A 18.7 </div>	<div style="text-align: center;"> _ </div>

18.6 ¿En qué institución de salud se atendió o recibió atención? SELECCIONA UNA OPCIÓN	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1806</div>	
	IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02		
	ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03		
	Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud..	04		
	PEMEX, Defensa, Marina	05		
	Consultorios pertenecientes a farmacias/Farmacias con consultorio médico.....	06		
	Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios...	07		
	Consultorio de médico privado.....	08		
	Otro (especifique).....	09		
	No sabe / No recuerda.....	10		
18.7 ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado/dicho que tiene osteoporosis?	Sí	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1807</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	No	2		
	No sabe	8		
	No responde	9		

XIX. SARCOPENIA (SARC-F)

19.1 ¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1901</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	Alguna	2		
	Mucha o no puede hacerlo	3		
19.2 ¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1902</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	Alguna	2		
	Mucha, utiliza auxiliares o no puede hacerlo.....	3		
19.3 ¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1903</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	Alguna	2		
	Mucha o no puede hacerlo	3		
19.4 ¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna	1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A1904</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
	Alguna	2		
	Mucha o no puede hacerlo	3		

OBSERVACIONES	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">COMENTARIO</div>	