

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
hora_ini	Hora de inicio	
min_ini	Minuto de inicio	
f_dia	Día de la entrevista	
f_mes	Mes de la entrevista	
f_anio	Año de la entrevista	
foliocc	Folio	
cod_ent	Codigo del entrevistador	
s34_h	1.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alto en la sangre?	1= Sí 2= No
gf014_1a	1.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alto en la sangre? Meses	99= No sabe o no recuerda
gf014_1b	1.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alto en la sangre? Años	99= No sabe o no recuerda
gf014_1c	1.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía diabetes o el azúcar alto en la sangre? Días	99= No sabe o no recuerda
gf015	2.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene prediabetes o niveles de azúcar en la sangre más altos de lo normal?	1= Sí 2= No
gf015_1a	2.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía pre-diabetes o niveles de azúcar en la sangre más alto de lo normal? Mes	99= No sabe o no recuerda
gf015_1b	2.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía pre-diabetes o niveles de azúcar en la sangre más alto de lo normal? Años	99= No sabe o no recuerda
gf015_1c	2.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico por primera vez que tenía pre-diabetes o niveles de azúcar en la sangre más alto de lo normal? Días	99= No sabe o no recuerda

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
gf016	3. ¿Actualmente toma pastillas, le aplican insulina o lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar?	Ninguno= 1 Insulina= 2 Pastillas= 3 Plan de alimentación (dieta)= 4 Realiza algún plan de ejercicio físico= 5 Homeopatía (chochos)= 6 Herbolaria= 7 Medicina alternativa= 8 Otra= 9
gf016_e	3.1. ¿Actualmente toma pastillas, le aplican insulina o lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? Especifique	
s34_e	4.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta o hipertensión?	1= Sí 2= No
gf017_1a	4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión? Meses	99= No sabe o no recuerda
gf017_1b	4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión? Años	99= No sabe o no recuerda
gf017_1c	4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta o hipertensión? Días	99= No sabe o no recuerda
gf017_2a	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta?	Ninguno= 1 Pastillas= 2 Plan de alimentación (dieta)= 3 Realiza algún plan de ejercicio físico= 4 Homeopatía (chochos)= 5 Herbolaria= 6
gf017_2b	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta?	Disminución de la ingesta de sal= 7
gf017_2c	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta?	Medicina alternativa= 8
gf017_2d	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta?	Otra= 9

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
gf017_2e	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta?	
gf017_2esp	4.3 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) o lleva otro tratamiento para su presión alta? Especifique	
s34_a	5. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o tuvo una enfermedad del corazón?	No= 1 Un infarto= 2 Angina de pecho= 3 Insuficiencia cardiaca= 4 Otra enfermedad del corazón (especifique)= 5 No sabe o no recuerda= 9
gf018_e	5. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o tuvo una enfermedad del corazón? Especifique	
gf019	6.1 ¿Le han medido alguna vez la concentración de colesterol y/o triglicéridos?	Sí= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe= 99
gf019_1	6.2 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?	Sí= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe= 99
gf019_2a	6.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene el colesterol alto?, meses	99= No sabe o no recuerda
gf019_2b	6.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene el colesterol alto?, años	99= No sabe o no recuerda
gf019_2c	6.3 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene el colesterol alto?, días	99= No sabe o no recuerda
gf019_3a	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?	Ninguno= 1 Pastillas= 2 Plan de alimentación (dieta)= 3 Realiza algún plan de ejercicio físico= 4 Homeopatía (chochos)= 5 Herbolaria= 6 Medicina alternativa= 7 Otra= 8
gf019_3b	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?	
gf019_3c	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
gf019_3d	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?	
gf019_3e	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?	
gf019_3esp	6.4 ¿Ha tenido tratamiento para el colesterol alto?, especificar	
gf019_4	6.5 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?	Sí= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe= 99
gf019_5a	6.6 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene los triglicéridos altos?, Meses	99= No sabe o no recuerda
gf019_5b	6.6 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene los triglicéridos altos?, Años	99= No sabe o no recuerda
gf019_5c	6.6 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene los triglicéridos altos?, Dias	99= No sabe o no recuerda
gf019_6	6.7 ¿Ha tenido tratamiento para los triglicéridos altos?	Ninguno 1 Pastillas 2 Plan de alimentación (dieta) 3 Realiza algún plan de ejercicio físico 4 Homeopatía (chochos) 5 Herbolaria 6 Medicina alternativa 7 Other: 8
gf019_6e	6.7 ¿Ha tenido tratamiento para los triglicéridos altos?, especificar	1=Si 2=No
gf020_a	7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñon como infección en las vías urinarias en más de una ocasión?	1=Si 2=No
gf020_b	7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como cálculos renales?	1=Si 2=No
gf020_c	7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como insuficiencia renal?	1=Si 2=No
gf020_d	7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como enfermedad crónica?	1=Si 2=No
gf020_e	7. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón como enfermedad renal en etapa terminal?	1=Si 2=No

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
s34_r	8.1 ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene cáncer?	1=Si 2=No 77=No respondió
gf021_1a	8.2 Tipo de cancer	
gf021_1a1	8.2 Año de diagnostico	
gf021_1b	8.2 Tipo de cancer	
gf021_1b1	8.2 Año de diagnostico	
gf021_1c	8.2 Tipo de cancer	
gf021_1c1	8.2 Año de diagnostico	
s34_t	9.1 ¿Alguna vez le ha diagnosticado su médico o le han trataron por una condición mental/psiquiátrica?	1=Si 2=No 77=No respondió
gf022_1a	9.2 Tipo de condición mental/psiquiatrica	
gf022_1a1	9.2 Año de diagnostico	
gf022_1b	9.2 Tipo de condición mental/psiquiatrica	
gf022_1b1	9.2 Año de diagnostico	
gf022_1c	9.2 Tipo de condición mental/psiquiatrica	
gf022_1c1	9.2 Año de diagnostico	
gf023a	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Bronquitis crónica	1= Si 2= No
gf023a1	10. Año de diagnóstico...Bronquitis crónica	
s35_a	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Asma	1= Si 2= No
gf023b1	10. Año de diagnóstico...Asma	
s34_i	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Presión arterial baja	1= Si 2= No
gf023c1	10. Año de diagnóstico...Presión arterial	
s34_k	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Artritis	1= Si 2= No
gf023d1	10. Año de diagnóstico...Artritis, año de	
gf023e	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Osteoporosis	1= Si 2= No
gf023e1	10. Año de diagnóstico...Osteoporosis, año	
s34_a	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Enfermedad del corazón	1= Si 2= No
gf023f1	10. Año de diagnóstico...Enfermedad del	
s34_m	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Cirugia del corazón	1= Si 2= No
gf023g1	10. Año de diagnóstico...Cirugia del corazón	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
s34_o	10. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado que padece...Enfermedad del hígado	1= Si 2= No
gf023h1	10. Año de diagnóstico...Enfermedad del hígado	
toma_med2	11.1 Además de los mencionados anteriormente, ¿Esta tomando actualmente otros medicamentos/vitaminas/suplementos?	1= Si 2= No
med1h	Nombre del medicamento 1	
med1h_rz	Razón para tomar medicamento 1	
med1h_pr	Presentación del medicamento 1	
med1h_c1	Medicamento 1, cantidad (mg)	
med1h_c2	Medicamento 1, cantidad (g)	
med1h_c3	Medicamento 1, cantidad (ml)	
med1h_c4	Medicamento 1, cantidad (UI)	
med1h_f1	Medicamento 1, frecuencia (veces por día)	
med1h_f2	Medicamento 1, frecuencia (semana)	
med1h_f3	Medicamento 1, frecuencia (mes)	
med1h_d1	Medicamento 1, duración (dd)	
med1h_d2	Medicamento 1, duración (sem)	
med1h_d3	Medicamento 1, duración (mm)	
med1h_d4	Medicamento 1, duración (aa)	
med1h_d5	Medicamento 1, siempre	1= Siempre
med1h_m	Medicamento 1, tipo medicamento	
med1h_v	Medicamento 1, tipo vitamina / suplemento	
med1h_h	Medicamento 1, tipo herbolarea / homeo	
med2h	Nombre del medicamento 2	
med2h_rz	Razón para tomar medicamento 2	
med2h_pr	Presentación del medicamento 2	
med2h_c1	Medicamento 2, cantidad (mg)	
med2h_c2	Medicamento 2, cantidad (g)	
med2h_c3	Medicamento 2, cantidad (ml)	
med2h_c4	Medicamento 2, cantidad (UI)	
med2h_f1	Medicamento 2, frecuencia (veces por día)	
med2h_f2	Medicamento 2, frecuencia (semana)	
med2h_f3	Medicamento 2, frecuencia (mes)	
med2h_d1	Medicamento 2, duración (dd)	
med2h_d2	Medicamento 2, duración (sem)	
med2h_d3	Medicamento 2, duración (mm)	
med2h_d4	Medicamento 2, duración (aa)	
med2h_d5	Medicamento 2, siempre	1= Siempre
med2h_m	Medicamento 2, tipo medicamento	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
med2h_v	Medicamento 2, tipo vitamina / suplemento	
med2h_h	Medicamento 2, tipo herbolarea / homeo	
med3h	Nombre del medicamento 3	
med3h_rz	Razón para tomar medicamento 3	
med3h_pr	Presentación del medicamento 3	
med3h_c1	Medicamento 3, cantidad (mg)	
med3h_c2	Medicamento 3, cantidad (g)	
med3h_c3	Medicamento 3, cantidad (ml)	
med3h_c4	Medicamento 3, cantidad (UI)	
med3h_f1	Medicamento 3, frecuencia (veces por día)	
med3h_f2	Medicamento 3, frecuencia (semana)	
med3h_f3	Medicamento 3, frecuencia (mes)	
med3h_d1	Medicamento 3, duración (dd)	
med3h_d2	Medicamento 3, duración (sem)	
med3h_d3	Medicamento 3, duración (mm)	
med3h_d4	Medicamento 3, duración (aa)	
med3h_d5	Medicamento 3, siempre	1= Siempre
med3h_m	Medicamento 3, tipo medicamento	
med3h_v	Medicamento 3, tipo vitamina / suplemento	
med3h_h	Medicamento 3, tipo herbolarea / homeo	
med4h	Nombre del medicamento 4	
med4h_rz	Razón para tomar medicamento 4	
med4h_pr	Presentación del medicamento 4	
med4h_c1	Medicamento 4, cantidad (mg)	
med4h_c2	Medicamento 4, cantidad (g)	
med4h_c3	Medicamento 4, cantidad (ml)	
med4h_c4	Medicamento 4, cantidad (UI)	
med4h_f1	Medicamento 4, frecuencia (veces por día)	
med4h_f2	Medicamento 4, frecuencia (semana)	
med4h_f3	Medicamento 4, frecuencia (mes)	
med4h_d1	Medicamento 4, duración (dd)	
med4h_d2	Medicamento 4, duración (sem)	
med4h_d3	Medicamento 4, duración (mm)	
med4h_d4	Medicamento 4, duración (aa)	
med4h_d5	Medicamento 4, siempre	1= Siempre
med4h_m	Medicamento 4, tipo medicamento	
med4h_v	Medicamento 4, tipo vitamina / suplemento	
med4h_h	Medicamento 4, tipo herbolarea / homeo	
med5h	Nombre del medicamento 5	
med5h_rz	Razón para tomar medicamento 5	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
med5h_pr	Presentación del medicamento 5	
med5h_c1	Medicamento 5, cantidad (mg)	
med5h_c2	Medicamento 5, cantidad (g)	
med5h_c3	Medicamento 5, cantidad (ml)	
med5h_c4	Medicamento 5, cantidad (UI)	
med5h_f1	Medicamento 5, frecuencia (veces por día)	
med5h_f2	Medicamento 5, frecuencia (semana)	
med5h_f3	Medicamento 5, frecuencia (mes)	
med5h_d1	Medicamento 5, duración (dd)	
med5h_d2	Medicamento 5, duración (sem)	
med5h_d3	Medicamento 5, duración (mm)	
med5h_d4	Medicamento 5, duración (aa)	
med5h_d5	Medicamento 5, siempre	1= Siempre
med5h_m	Medicamento 5, tipo medicamento	
med5h_v	Medicamento 5, tipo vitamina / suplemento	
med5h_h	Medicamento 5, tipo herbolarea / homeo	
med6h	Nombre del medicamento 6	
med6h_rz	Razón para tomar medicamento 6	
med6h_pr	Presentación del medicamento 6	
med6h_c1	Medicamento 6, cantidad (mg)	
med6h_c2	Medicamento 6, cantidad (g)	
med6h_c3	Medicamento 6, cantidad (ml)	
med6h_c4	Medicamento 6, cantidad (UI)	
med6h_f1	Medicamento 6, frecuencia (veces por día)	
med6h_f2	Medicamento 6, frecuencia (semana)	
med6h_f3	Medicamento 6, frecuencia (mes)	
med6h_d1	Medicamento 6, duración (dd)	
med6h_d2	Medicamento 6, duración (sem)	
med6h_d3	Medicamento 6, duración (mm)	
med6h_d4	Medicamento 6, duración (aa)	
med6h_d5	Medicamento 6, siempre	1= Siempre
med6h_m	Medicamento 6, tipo medicamento	
med6h_v	Medicamento 6, tipo vitamina / suplemento	
med6h_h	Medicamento 6, tipo herbolarea / homeo	
med7h	Nombre del medicamento 7	
med7h_rz	Razón para tomar medicamento 7	
med7h_pr	Presentación del medicamento 7	
med7h_c1	Medicamento 7, cantidad (mg)	
med7h_c2	Medicamento 7, cantidad (g)	
med7h_c3	Medicamento 7, cantidad (ml)	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
med7h_c4	Medicamento 7, cantidad (UI)	
med7h_f1	Medicamento 7, frecuencia (veces por día)	
med7h_f2	Medicamento 7, frecuencia (semana)	
med7h_f3	Medicamento 7, frecuencia (mes)	
med7h_d1	Medicamento 7, duración (dd)	
med7h_d2	Medicamento 7, duración (sem)	
med7h_d3	Medicamento 7, duración (mm)	
med7h_d4	Medicamento 7, duración (aa)	
med7h_d5	Medicamento 7, siempre	1= Siempre
med7h_m	Medicamento 7, tipo medicamento	
med7h_v	Medicamento 7, tipo vitamina / suplemento	
med7h_h	Medicamento 7, tipo herbolarea / homeo	
med8h	Nombre del medicamento 8	
med8h_rz	Razón para tomar medicamento 8	
med8h_pr	Presentación del medicamento 8	
med8h_c1	Medicamento 8, cantidad (mg)	
med8h_c2	Medicamento 8, cantidad (g)	
med8h_c3	Medicamento 8, cantidad (ml)	
med8h_c4	Medicamento 8, cantidad (UI)	
med8h_f1	Medicamento 8, frecuencia (veces por día)	
med8h_f2	Medicamento 8, frecuencia (semana)	
med8h_f3	Medicamento 8, frecuencia (mes)	
med8h_d1	Medicamento 8, duración (dd)	
med8h_d2	Medicamento 8, duración (sem)	
med8h_d3	Medicamento 8, duración (mm)	
med8h_d4	Medicamento 8, duración (aa)	
med8h_d5	Medicamento 8, siempre	1= Siempre
med8h_m	Medicamento 8, tipo medicamento	
med8h_v	Medicamento 8, tipo vitamina / suplemento	
med8h_h	Medicamento 8, tipo herbolarea / homeo	
med9h	Nombre del medicamento 9	
med9h_rz	Razón para tomar medicamento 9	
med9h_pr	Presentación del medicamento 9	
med9h_c1	Medicamento 9, cantidad (mg)	
med9h_c2	Medicamento 9, cantidad (g)	
med9h_c3	Medicamento 9, cantidad (ml)	
med9h_c4	Medicamento 9, cantidad (UI)	
med9h_f1	Medicamento 9, frecuencia (veces por día)	
med9h_f2	Medicamento 9, frecuencia (semana)	
med9h_f3	Medicamento 9, frecuencia (mes)	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
med9h_d1	Medicamento 9, duración (dd)	
med9h_d2	Medicamento 9, duración (sem)	
med9h_d3	Medicamento 9, duración (mm)	
med9h_d4	Medicamento 9, duración (aa)	
med9h_d5	Medicamento 9, siempre	1= Siempre
med9h_m	Medicamento 9, tipo medicamento	
med9h_v	Medicamento 9, tipo vitamina / suplemento	
med9h_h	Medicamento 9, tipo herbolarea / homeo	
med10h	Nombre del medicamento 10	
med10h_rz	Razón para tomar medicamento 10	
med10h_pr	Presentación del medicamento 10	
med10h_c1	Medicamento 10, cantidad (mg)	
med10h_c2	Medicamento 10, cantidad (g)	
med10h_c3	Medicamento 10, cantidad (ml)	
med10h_c4	Medicamento 10, cantidad (UI)	
med10h_f1	Medicamento 10, frecuencia (veces por día)	
med10h_f2	Medicamento 10, frecuencia (semana)	
med10h_f3	Medicamento 10, frecuencia (mes)	
med10h_d1	Medicamento 10, duración (dd)	
med10h_d2	Medicamento 10, duración (sem)	
med10h_d3	Medicamento 10, duración (mm)	
med10h_d4	Medicamento 10, duración (aa)	
med10h_d5	Medicamento 10, siempre	1= Siempre
med10h_m	Medicamento 10, tipo medicamento	
med10h_v	Medicamento 10, tipo vitamina / suplemento	
med10h_h	Medicamento 10, tipo herbolarea / homeo	
gf025	12. ¿Cuándo fue su primera regla o menstruación?	99= No sabe o no recuerda
gf026_a	13.1 ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?, Meses	66= Actualmente está reglando 99= No sabe o no recuerda
gf026_b	13.1. ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?, Años	66= Actualmente está reglando 99= No sabe o no recuerda
gf026_c	13.1. ¿Hace cuánto tiempo fue su última regla o menstruación?, Dias	66= Actualmente está reglando 99= No sabe o no recuerda

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
gf026_1	13.2 Si la última menstruación fue hace tres meses o más, ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar?	<p>Está amamantando= 1</p> <p>Está en puerperio (postparto)= 2</p> <p>Actualmente está embarazada= 3</p> <p>Por menopausia natural= 4</p> <p>Le quitaron la matriz o los ovarios= 5</p> <p>Por quistes= 6</p> <p>Recibió radiaciones en la pelvis= 7</p> <p>Tomó medicamentos o quimioterapia= 8</p> <p>Por el método anticonceptivo que usa actualmente= 9</p> <p>Otras razones (especifique)= 10</p> <p>No sabe o no recuerda= 99</p>
gf026_1e	13.2 Si la última menstruación fue hace tres meses o más, ¿Cuál fue la razón por la que usted dejó de reglar? Otras razones (especifique)	
gf026_2	13.3 Durante los últimos 12 meses, su regla o menstruación:	<p>Se espacia más= 1</p> <p>Son más cercanos= 2</p> <p>Ocurre en intervalos más variables= 3</p> <p>Desaparecieron completamente= 4</p> <p>Permanecen iguales= 5</p> <p>No sabe o no recuerda= 9</p>
gf027_1	14.1 Sofocos, sudoración, bochornos	
gf027_2	14.2 Molestias del corazón (cambios inusuales en el latido del corazón, saltos en el latido, que se dilate su latido, opresión)	
gf027_3	14.3 Problemas de sueño (dificultad en conciliar el sueño en dormir toda la noche y despertarse temprano)	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
gf027_4	14.4 Estado de ánimo depresivo (sentirse decaída, triste, a punto de las lágrimas, falta de ganas, cambio de humor)	0= Ninguno 1= Poco severo 2= Moderado 3= Severo 4= Muy severo
gf027_5	14.5 Irritabilidad (sentirse nerviosa, tensa agresiva)	
gf027_6	14.6 Ansiedad (impaciencia, pánico)	
gf027_7	14.7 Agotamiento físico y mental (descenso general en su desempeño, deterioro de la memoria, falta de concentración, falta de memoria)	
gf027_8	14.8 Problemas sexuales (cambios en el deseo sexual en la actividad y satisfacción)	
gf027_9	14.9 Problemas de vejiga (dificultad a orinar, incontinencia, deseo excesivo de orinar)	
gf027_10	14.10 Resequedad vaginal (sensación de resequedad, ardor y problemas durante la relación sexual)	
gf027_11	14.11 Problemas musculares y en las articulaciones	
r01_15	15. Pensando en la experiencia de sus familiares o amistades, ¿Cuales son los síntomas de la menopausia?	
r01_161	16.1 En los últimos 12 meses, ¿Ha usado algun método anticonceptivo por algún motivo?	Sí= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe 99

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_162a	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	Pastillas anticonceptivas= 1 Parche= 2 Anillo= 3 Inyección= 4 Implante= 5 Condomes= 6 DIU – No hormonal= 7 DIU - hormonal= 8 Diafragma, tapa o esponja= 9 Espuma, gelatina, crema o supositorio espermicida= 10 Planificación Familiar Natural= 11 Esterilización (ligadura de trompas)= 12 Coito interrumpido= 13 Anticoncepción de emergencia (píldora del día después)= 14 Abstinencia= 15
r01_162b	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	No usar control de natalidad= 16
r01_162c	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	No respondió= 77
r01_162d	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	No sabe= 99
r01_162e	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	
r01_162f	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	
r01_162g	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_162h	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	
r01_162i	16.2 ¿Ha utilizado alguno de los siguientes metodos en los ultimos 12 meses?	
r01_163	16.3 En los últimos 12 meses, ¿Ha usado alguna terapia de reemplazo hormonal por algún motivo?	Sí= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe 99
r01_164a	16.4 Opciones de terapia de reemplazo hormonal que utilice, incluyendo descripción médica con estrógeno o progesterona	Pastillas= 1 Inyecciones= 2 Óvulos= 3 Crema vaginal= 4 No respondió= 77 No sabe= 99
r01_164b	16.4 Opciones de terapia de reemplazo hormonal que utilice, incluyendo descripción médica con estrógeno o progesterona	
r01_164c	16.4 Opciones de terapia de reemplazo hormonal que utilice, incluyendo descripción médica con estrógeno o progesterona	
r01_164d	16.4 Opciones de terapia de reemplazo hormonal que utilice, incluyendo descripción médica con estrógeno o progesterona	
r01_165a	16.5 Hay muchas razones por las que las mujeres comienzan a tomar hormonas, además de las prevención del embarazo	Reducir el riesgo de enfermedades del corazón= 1 Para reducir el riesgo de osteoporosis (huesos frágiles o debilitados)= 2 Para aliviar los síntomas de la menopausia= 3 Para mantenerse joven= 4 Un profesional de la salud me aconsejó que lo tomara= 5 Un amigo/a o familiar me aconsejó que lo tomara= 6

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_165b	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas:	Mejorar mi memoria= 7 Regular los periodos= 8 ¿Cualquier otro? Especifique= 9 No sabe o no recuerda= 99
r01_165c	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas:	
r01_165d	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas:	
r01_165e	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas:	
r01_165f	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas:	
r01_165g	16.5 Razones por las que comenzó a tomar hormonas: ¿Cualquier otro?	
gf028	17.1 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?	99= No recuerda/No sabe
r01_172	17.2 Desde la ultima vez que nos visito, ¿ha estado embarazada?	Si= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe o no recuerda= 99
gf029	17.3 ¿De estos embarazo cuántos han sido....¿Nacidos vivos?	
r01_173a	17.3 ¿De estos embarazos... numero de hijo	
r01_173b	17.3 ¿De estos embarazos... numero de hijo	
gf029_a	17.3 ¿De estos embarazos cuántos han sido....Fecha de nacimiento del primer niño	
gf029_b	17.3 ¿De estos embarazos cuántos han sido....Fecha de nacimiento del segundo niño	
gf029_2	17.3 ¿Nacido muerto?	
gf029_3	17.3 Murio dentro de un año de nacimiento	
gf029_3a	17.3 Murio despues de un año de nacimiento	
gf029_4	17.3 ¿Abortos o pérdida?	
r01_1734a	17.3.4 ¿De estos embarazos... numero de hijo	
r01_1734b	17.3.4 ¿De estos embarazos... numero de hijo	
gf029_1a	17.3.4 ¿En alguno de estos embarazos sufrió usted de diabetes gestacional?, 1°	1= Si 2= No 99=No sabe o no recuerda
gf029_1b	17.3.4 ¿En alguno de estos embarazos sufrió usted de diabetes gestacional?, 2°	1= Si 2= No 99=No sabe o no recuerda

MANUAL DE VARIABLES
Cuestionario Salud
R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_18	18. ¿Usted amamanto a alguno de sus hijos?	Si= 1 No= 2 No respondió= 77 No sabe o no recuerda= 99
r01_181a1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 1°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181a2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 1°	1= Si 2= No
r01_181a3	18.1 Folio en ELEMENT 2°	
r01_181b1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 2°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181b2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 2°	1= Si 2= No
r01_181b3	18.1 Folio en ELEMENT 3°	
r01_181c1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 3°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181c2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 3°	1= Si 2= No
r01_181c3	18.1 Folio en ELEMENT 3°	
r01_181d1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 4°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181d2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 4°	1= Si 2= No
r01_181d3	18.1 Folio en ELEMENT 4°	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_181e1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 5°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181e2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 5°	1= Si 2= No
r01_181e3	18.1 Folio en ELEMENT 5°	
r01_181f1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 6°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181f2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 6°	1= Si 2= No
r01_181f3	18.1 Folio en ELEMENT 6°	
r01_181g1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 7°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181g2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 7°	1= Si 2= No
r01_181g3	18.1 Folio en ELEMENT 7°	
r01_181h1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 8°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181h2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 8°	1= Si 2= No
r01_181h3	18.1 Folio en ELEMENT 8°	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_181i1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 9°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181i2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 9°	1= Si 2= No
r01_181i3	18.1 Folio en ELEMENT 9°	
r01_181j1	18.1 ¿Durante cuanto tiempo usted amamanto a cada uno de sus hijos? 10°	1= No fue amamantado 2= Menos de 3 meses 3= 3 a 6 meses 4= 6 a 12 meses 5= 13 o más meses 99= No sabe o no recuerda
r01_181j2	18.1 ¿Participante en ELEMENT 10°	1= Si 2= No
r01_181j3	18.1 Folio en ELEMENT 10°	
r01_19	Desde la última vez que nos visitó, ¿Su hijo / hija que participa en el estudio ELEMENT ha tenido nuevos hijos/as?	1= Si 2= No
r01_20	20. Desde la ultima vez que nos visitó, ¿Cuántos hijos/as ha tenido su hijo/a?	
r01_21a	21a. ¿Cual es el sexo del nuevo bebé? 1°	1= Hombre 2= Mujer
r01_21b	21b. ¿Cual es el sexo del nuevo bebé? 2°	1= Hombre 2= Mujer
r01_21c	21c. ¿Cual es el sexo del nuevo bebé? 3°	1= Hombre 2= Mujer
r01_22a	22a. ¿Cual es la fecha de nacimiento? 1°	
r01_22b	22a. ¿Cual es la fecha de nacimiento? 2°	
r01_22c	22a. ¿Cual es la fecha de nacimiento? 3°	
r01_23a1	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 1°	1= Si 2= No
r01_23a2	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 1° Foliocc	
r01_23a3	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 1° N	
r01_23b1	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 2°	1= Si 2= No

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_23b2	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 2° Foliocc	
r01_23b3	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 2° N	
r01_23c1	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 3°	1= Si 2= No
r01_23c2	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 3° Foliocc	
r01_23c3	23. ¿Este nuevo bebe (s) ya ha sido reclutado en nuestro estudio ELEMENT? 3° N	
r01_231	23.1 Pensando en su HIJA participando en el proyecto, ¿Esta embarazada actualmente?	1= Sí 2= No 8= No Aplica
r01_232a	23.2 ¿Cual es el mes esperado de nacimiento?	
r01_232b	23.2 ¿Cual es el año esperado de nacimiento?	
r01_241	24.1 Pensando en la pareja de su HIJO participando en el proyecto, ¿Está embarazada actualmente?	1= Sí 2= No 8= No Aplica
r01_242a	24.2 ¿Cual es el mes esperado de nacimiento?	
r01_242b	24.2 ¿Cual es el año esperado de nacimiento?	
r01_25	25. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada coon COVID-19?	Sí= 1 Sospecho que tuve COVID-19= 3 No= 2
r01_26	26. Numero de veces que ha tenido o sospechado tener COVID-19	
r01_27	27. ¿Como fue realizado el diagnostico?	1= Síntomas 2= Hisopado nasofaríngeo 3= Prueba de sangre 4= Prueba de saliva 5= Profesional de la salud 6= Contacto con caso positivo 7= Otro
r01_28a	28. Fecha del diagnostico o sospecha de la enfermedad. Mes	99= No sabe o no recuerda
r01_28b	28. Fecha del diagnostico o sospecha de la enfermedad. Año	9999= No sabe o no recuerda
r01_29a	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Tos	1=Si mencionó

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_29b	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Dolor de garganta	1=Si mencionó
r01_29c	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Fatiga	1=Si mencionó
r01_29d	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Congestion nasal o secrecion nasales	1=Si mencionó
r01_29e	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Fiebre o escalofrios	1=Si mencionó
r01_29f	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Dolores de cabeza	1=Si mencionó
r01_29g	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Dolores musculares o corporales	1=Si mencionó
r01_29h	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Falta de aire o dificultad para respirar	1=Si mencionó
r01_29i	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Nauseas o vomitos	1=Si mencionó
r01_29j	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Diarrea	1=Si mencionó
r01_29k	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Perdida del gusto u olfato	1=Si mencionó
r01_29l	29. ¿Presento alguno de los siguientes sintomas? Asintomatica	1=Si mencionó
r01_30a	30. ¿En que consistio su tratamiento? Oxigeno	1=Si mencionó
r01_30b	30. ¿En que consistio su tratamiento? Hospitalización	1=Si mencionó
r01_30c	30. ¿En que consistio su tratamiento? Intubación	1=Si mencionó
r01_30d	30. ¿En que consistio su tratamiento? Aislamiento en casa	1=Si mencionó
r01_30e	30. ¿En que consistio su tratamiento? Medicamento	1=Si mencionó
r01_30f	30. ¿En que consistio su tratamiento? Otro	1=Si mencionó
r01_30f1	30. ¿En que consistio su tratamiento? Otro, especifique	
r01_30g	30. ¿En que consistio su tratamiento? No recibí tratamiento	1=Si mencionó
r01_30h	30. ¿En que consistio su tratamiento? No seguí el tratamiento	
r01_31a	31. Después de que le diagnosticaron, ¿Cuánto tardo en regresar a sus actividades habituales? Días	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_31b	31. Después de que le diagnosticaron, ¿Cuánto tardo en regresar a sus actividades habituales? Meses	
r01_31c	31. Después de que le diagnosticaron, ¿Cuánto tardo en regresar a sus actividades habituales? No he podido regresar a mis actividades habituales	1=Si mencionó
r01_32	32. Después de haber tenido o sospechar tener COVID-19, ¿Ha experimentado alguna molestia o síntoma durante al menos dos meses?	Sí= 1 No= 2
r01_321a	32.1 Cansancio o fatiga que interfiere con las actividades diarias	Si=1 No=2
r01_321b	32.1 Cansancio o fatiga que interfiere con las actividades diarias, meses	
r01_322a	32.2 Síntomas que empeoran tras esfuerzos físicos o mentales	Si=1 No=2
r01_322b	32.2 Síntomas que empeoran tras esfuerzos físicos o mentales, meses	
r01_323a	32.3 Fiebre	Si=1 No=2
r01_323b	32.3 Fiebre, meses	
r01_324a	32.4 Dificultad para respirar o falta de aire	Si=1 No=2
r01_324b	32.4 Dificultad para respirar o falta de aire, meses	
r01_325a	32.5 Tos	Si=1 No=2
r01_325b	32.5 Tos, meses	
r01_326a	32.6 Dolor en el pecho	Si=1 No=2
r01_326b	32.6 Dolor en el pecho, meses	
r01_327a	32.7 Latidos rápidos o fuertes del corazón (palpitaciones)	Si=1 No=2
r01_327b	32.7 Latidos rápidos o fuertes del corazón (palpitaciones), meses	
r01_328a	32.8 Dificultad para pensar o concentrarse ("niebla mental")	Si=1 No=2
r01_328b	32.8 Dificultad para pensar o concentrarse ("niebla mental"), meses	
r01_329a	32.9 Dolor de cabeza	Si=1 No=2
r01_329b	32.9 Dolor de cabeza, meses	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_3210a	32.10 Problemas para dormir	Si=1 No=2
r01_3210b	32.10 Problemas para dormir, meses	
r01_3211a	32.11 Mareos al ponerse de pie	Si=1 No=2
r01_3211b	32.11 Mareos al ponerse de pie, meses	
r01_3212a	32.12 Hormigueos	Si=1 No=2
r01_3212b	32.12 Hormigueos, meses	
r01_3213a	32.13 Cambios en el olfato o gusto	Si=1 No=2
r01_3213b	32.13 Cambios en el olfato o gusto, meses	
r01_3214a	32.14 Depresión o ansiedad	Si=1 No=2
r01_3214b	32.14 Depresión o ansiedad, meses	
r01_3215a	32.15 Diarrea	Si=1 No=2
r01_3215b	32.15 Diarrea, meses	
r01_3216a	32.16 Dolor estomacal	Si=1 No=2
r01_3216b	32.16 Dolor estomacal, meses	
r01_3217a	32.17 Dolor articular o muscular	Si=1 No=2
r01_3217b	32.17 Dolor articular o muscular, meses	
r01_3218a	32.18 Salpullido	Si=1 No=2
r01_3218b	32.18 Salpullido, meses	
r01_3219a	32.19 Cambios en el ciclo menstrual	Si=1 No=2
r01_3219b	32.19 Cambios en el ciclo menstrual, meses	
r01_33	33.10 ¿Se ha vacunado contra COVID-19?	1= Sí 2= No
r01_331a	33.1 Vacuna primera dosis	
r01_333a	33.3 Fecha primera dosis	
r01_331b	33.1 Vacuna segunda dosis	
r01_333b	33.3 Fecha segunda dosis	
r01_331c	33.1 Vacuna refuerzo #1	
r01_333c	33.3 Fecha refuerzo #1	
r01_331d	33.1 Vacuna refuerzo #2	
r01_333d	33.3 Fecha refuerzo #2	

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_331e	33.1 Vacuna refuerzo #3	
r01_333e	33.3 Fecha refuerzo #3	
r01_331f	33.1 Vacuna refuerzo #4	
r01_333f	33.3 Fecha refuerzo #4	
cc35_1	34.1 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. A los 10 años	1-9 figura 88= NA 99= NR
cc35_2	34.2 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. A los 15 años	1-9 figura 88= NA 99= NR
cc35_3	34.3 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. A los 20 años	1-9 figura 88= NA 99= NR
cc35_4	34.4 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. Antes de embarazarse	1-9 figura 88= NA 99= NR
cc35_5	34.5 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. Actualmente	1-9 figura 88= NA 99= NR
cc35_6	34.6 Indique por favor la que mejor representa su figura para cada edad. Actualmente, según la entrevistadora	1-9 figura 88= NA 99= NR
r01_35	35. En el último mes, ¿Con que frecuencia ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_36	36. En el último mes, ¿Con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar cosas importantes en su vida?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_36a	36. En el último mes, ¿Con que frecuencia se ha sentido nerviosa y estresada?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_37	37. En el último mes, ¿Con que frecuencia ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_38	38. En el último mes, ¿Con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_39	39. En el último mes, ¿Con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_40	40. En el último mes, ¿Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_41	41. En el ultimo mes, ¿Con que frecuencia ha sentido que tenia todo bajo control?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_42	42. En el ultimo mes, ¿Con que frecuencia ha estado enfadada porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_43	43. En el ultimo mes, ¿Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no puede superarlas?	0= Nunca 1= Casi nunca 2= A veces 3= Frecuentemente 4= Muy frecuentemente
r01_44	44. Poco interes o placer en hacer cosas	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días

MANUAL DE VARIABLES

Cuestionario Salud

R01 MLM BONE



Variable	Descripción	Valores
r01_45	45. Se ha sentido decaída, deprimida o sin esperanzas	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_46	46. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormida o ha dormido demasiado	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_47	47. Se ha sentido cansada o con poca energía	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_48	48. Sin apetito o ha comido en exceso	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_49	49. Se ha sentido mal con usted misma – o que es un fracaso o que ha quedado mal conmigo misma o con mi familia	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_50	50. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales con leer el periódico o ver la televisión	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_51	51. ¿Me he movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario- muy inquieta o agitada que he estado moviéndome mucho más de lo normal	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_52	52. Pensamientos de que estaría mejor muerta o de lastimarse de alguna manera	0= Ningún día 1= Varios días 2= Más de la mitad de los días 3= Casi todos los días
r01_53	53. ¿Qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?	1= No ha sido difícil 2= Un poco difícil 3= Muy difícil 4= Extremadamente difícil
obs	Observaciones	