

CUESTIONARIO DE ADULTOS DE 20 AÑOS O MÁS

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

Resultados\_Entrevistas\_Adul

ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ desc\_ent \_\_\_\_\_ entidad \_\_\_\_\_

MUNICIPIO O DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ desc\_mun \_\_\_\_\_ munici \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ desc\_loc \_\_\_\_\_ locali \_\_\_\_\_

CLAVE DE AGEB..... ageb \_\_\_\_\_

MANZANA ..... manzana \_\_\_\_\_

2. CONTROL DE CUESTIONARIO

HOGAR..... DE \_\_\_\_\_ DE LA VIVIENDA

CUESTIONARIO \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL HOGAR

NÚMERO DE VIVIENDA \_\_\_\_\_ vivcroq \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_ folio \_\_\_\_\_

3 DIRECCIÓN DE LA PERSONA SELECCIONADA

Resultados\_Entrevistas\_Adul

\_\_\_\_\_ calle \_\_\_\_\_

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

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ no\_ext \_\_\_\_\_ no\_int \_\_\_\_\_ colonia \_\_\_\_\_ cp \_\_\_\_\_

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL) CÓDIGO POSTAL

4. DATOS DEL ADULTO SELECCIONADO

Individual\_Adultos

NÚMERO DE RESIDENTE DEL ADULTO SELECCIONADO \_\_\_\_\_ intp \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ asexo \_\_\_\_\_ HOMBRE.....1 MUJER.....2 EDAD: AÑOS \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

5. RESULTADO DE LA VISITA

Resultados\_Entrevistas\_Adul

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

(\*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

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

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

ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA DEBE SER CONTESTADA POR USTED

B. ¿Cuántos años cumplidos tiene actualmente?

Hombre.....1

Mujer.....2

Edad [ ][ ][ ][ ]

NS/NR.....999

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

ENTREVISTADOR:

14.0 El adulto presenta alguno de los siguientes problemas:

Tiene problemas auditivos graves (sordo) .....1

Tiene problemas para hablar o comunicarse .....2

No presenta los problemas 1 y 2 .....3

FILTRO:

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

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

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

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

**XIV A. ESTADO COGNOSCITIVO**

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

**Queja subjetiva de memoria**

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

No.....1

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

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

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

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

**Mini-COG**

14a.03 Ahora le voy a pedir que repita tres palabras y trate de memorizarlas porque se las voy a preguntar más adelante. Las palabras son: árbol, casa, perro. Repítalas

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

Palabra	Correcto
Árbol	[ ] <input type="text" value="a14a03a"/>
Casa	[ ] <input type="text" value="a14a03b"/>
Perro	[ ] <input type="text" value="a14a03c"/>
Total	[ ]

**Fluencia verbal (número de animales en 1 minuto)**

Instrucciones:

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

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

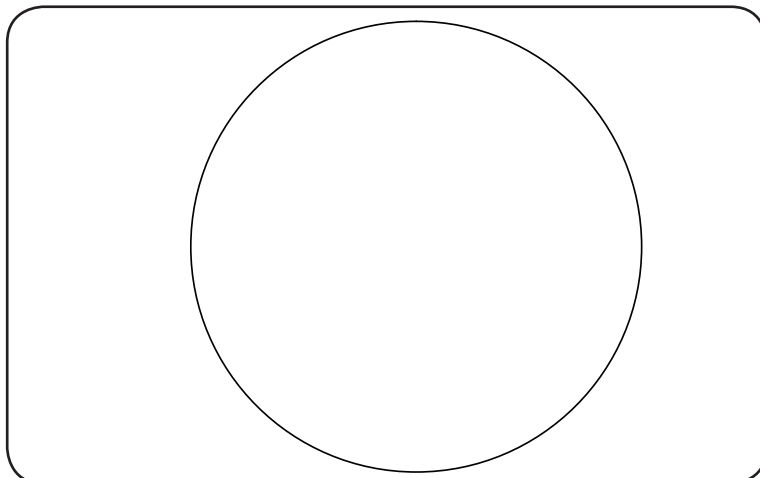
14a.03a Número de animales evocados: [ ][ ]

XIV A. ESTADO COGNOSCITIVO

Reloj

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

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



Mini-COG

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

a14a05

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

PASE A 14a.09

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

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

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

14a.06 ¿Se encuentran ubicados los números correspondientes a un reloj analógico (del 1 al 12) dentro de la carátula del reloj en la secuencia correcta? a14a06

14a.07 Imaginando cuatro partes iguales (cuadrantes) dentro de la carátula del reloj, ¿alguno de los cuadrantes contiene más de tres números? a14a07

14a.08 ¿Las manecillas se encuentran ubicadas, de manera aproximada, dentro del área sombreada correspondiente? a14a08

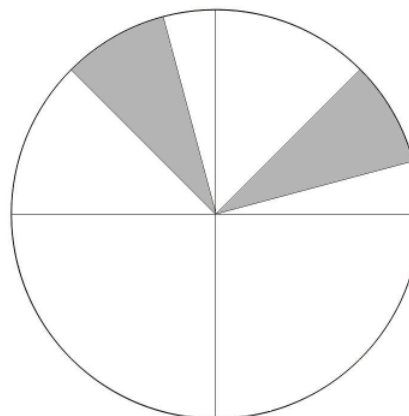
14a.09 ¿Recuerda que le leí en voz alta una lista de palabras? Por favor diga nuevamente las 3 palabras que le mencioné.

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

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

EL TIEMPO MÁXIMO PERMITIDO ES DE UN MINUTO

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



Sí.....1  
No.....2

Sí.....1  
No.....2

Sí.....1  
No.....2

Palabra	Correcto
Árbol	<input type="checkbox"/> a14a09a
Casa	<input type="checkbox"/> a14a09b
Perro	<input type="checkbox"/> a14a09c
<b>Total</b>	<input type="checkbox"/>

ENTREVISTADOR:

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

Si la suma es 1 o más.....1 → PASE A 14b.01

Si la suma es 0.....2 → PREGUNTE POR EL INFORMANTE SUSTITUTO Y CONTINÚE LA ENTREVISTA

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

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

14a.11 ¿Qué edad tiene (en años) el cuidador(a)? a14a11
14a.12 Sexo del cuidador(a) a14a12

Edad [ ][ ]

Hombre.....1
Mujer.....2

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

XIV B. AUDICIÓN

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

Por favor dígame si...

14b.01 ¿Normalmente (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) usa audifono o aparato auditivo? a14b01
14b.02 ¿Cómo es su alcance de oído/audición (con aparato)? a14b02
ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA SE HACE, USE O NO EL APARATO

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

Excelente.....1
Muy buena.....2
Buena.....3
Regular.....4
Mala.....5
No escucha (sordo).....6
NS/NR.....9

XIV G. VISIÓN

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

Por favor dígame si...

14g.1 ¿Normalmente (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) usa lentes? a14g01
14g.2 ¿Cómo es su visión (con lentes)? ¿Es...? a14g02
ENTREVISTADOR: LA PREGUNTA SE HACE, USE O NO LENTES

Sí.....1
No.....2
NS/NR.....9

Excelente.....1
Muy buena.....2
Buena.....3
Regular.....4
Mala.....5
No ve (ciego).....6
NS/NR.....9

## XIV C. AUTOESTIMA Y SATISFACCIÓN

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

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

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

NO LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

Sí.....1  
 No.....2  
 A veces (espontánea).....3  
 NS/NR.....9

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

14c.02

¿Qué tan satisfecho(a) está ...

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE SÓLO UNA RESPUESTA

		Muy satisfecho(a)	satisfecho(a)	insatisfecho(a)	Muy insatisfecho(a)	No aplica	NS/NR	Código
a)	con su salud? <input type="text" value="a14c021"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>
b)	consigo mismo(a) (con usted mismo(a))? <input type="text" value="a14c022"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>
c)	con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (cotidianas)? <input type="text" value="a14c023"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>
d)	con sus relaciones personales? <input type="text" value="a14c024"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>
e)	con las condiciones del lugar en donde vive? <input type="text" value="a14c025"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>
f)	con la relación que tiene con sus hijos? <input type="text" value="a14c026"/>	1	2	3	4	5	9	<input type="text"/>
g)	En general, ¿qué tan satisfecho(a) está con su vida considerando todas las cosas que le dije? <input type="text" value="a14c027"/>	1	2	3	4		9	<input type="text"/>

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

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

Sí.....1  
 No.....2  
 No aplica.....3  
 NS/NR.....9

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

Sí.....1  
 No.....2  
 No aplica.....3  
 NS/NR.....9

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

Sí.....1  
 No.....2  
 No aplica.....3  
 NS/NR.....9

XIV E. FUNCIONALIDAD

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

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

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

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

**XIV E. FUNCIONALIDAD**

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

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

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

14e.06 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en preparar una comida caliente? a14e06

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

---

14e.07 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en hacer compras de víveres o ir al mercado? a14e07

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

---

14e.08 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad en tomar sus medicamentos si toma alguno o tuviera que tomar alguno? a14e08

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

---

14e.09 Debido a un problema de salud, ¿(USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) tiene dificultad para manejar su dinero? a14e09

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

---

ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO CONTESTÓ QUE SÍ EN POR LO MENOS UNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, PREGUNTE:

14e.10 ¿Alguien le ayuda para realizar esta(s) actividad(es)? a14e10

---

14e.11 En los últimos 3 meses, ¿ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución? a14e11

LEA LAS OPCIONES Y ANOTE LA RESPUESTA

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

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

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

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

Sí.....1  
 No.....2  
 NS/NR.....9

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

**XIV F. CAÍDAS**

14f.02 ¿Cuántas veces (USTED/NOMBRE PERSONA MAYOR) se ha caído en los últimos doce meses? a14f02

---

14f.03 ¿Cuántas veces ha recibido atención médica a consecuencia de esas caídas? a14f03

Número de veces [ ] [ ]

Ninguna.....00 → PASE A FILTRO ANTES DE 0.1  
 NS/NR.....99

Número de veces [ ] [ ]

NS/NR.....99

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

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

a001

Sí.....1

No.....2 →

PASE A  
1.01

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

a002

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

I. SOBREPESO Y OBESIDAD

SILUETAS DE STUNKARD

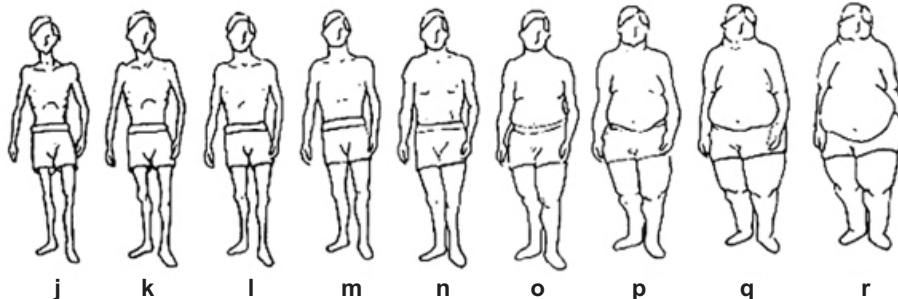
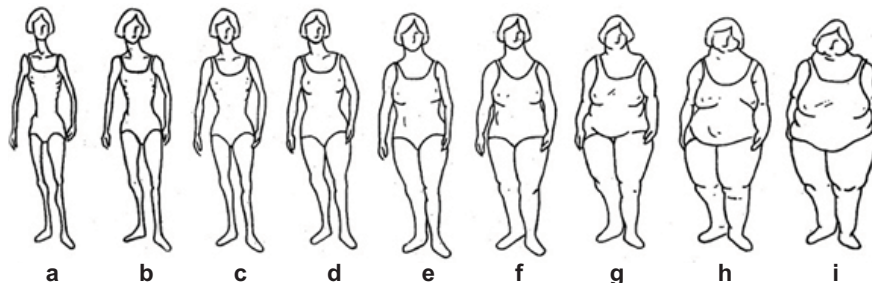
MUESTRE LAS FIGURAS SEGÚN SEA EL SEXO DEL ENTREVISTADO

A continuación, le voy a mostrar unas figuras corporales.

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

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

NS/NR.....9



1.01 [ ] a101m  
a101h

1.01a [ ] a101am  
a101ah



II. DEPRESIÓN

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

**2.01**  
Durante la última semana...

ENTREVISTADOR: LEA LAS OPCIONES DE RESPUESTA PARA CADA PREGUNTA Y ANOTE SÓLO UNA

		Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1 - 2 días)	Un número de veces considerable (3 - 4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 - 7 días)
a)	¿sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?	a201_a	2	3	4
b)	¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	a201_b	2	3	4
c)	¿se sintió deprimido/a?	a201_c	2	3	4
d)	¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	a201_d	2	3	4
e)	¿no durmió bien?	a201_e	2	3	4
f)	¿disfrutó de la vida?	a201_f	2	3	4
g)	¿se sintió triste?	a201_g	2	3	4 →

CUALQUIER  
OPCIÓN  
PASE A 2.02

**2.01h** ¿Durante la última semana (NOMBRE PERSONA MAYOR) actuó como si estuviera triste, con el ánimo bajo? a201\_h

**2.01i** ¿Qué tanto afecta esto a (NOMBRE PERSONA MAYOR)? a201\_i

**2.02** ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión? a202

**2.03** ¿Le mandaron medicinas o algún otro tipo de tratamiento para la depresión? a203

**2.04** Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tomado algún medicamento o ha seguido con algún otro tipo de tratamiento para la depresión? a204

Sí.....1

No.....2

No sabe.....8 → PASE A  
2.02

No responde.....9

Ligero (notable, pero no cambios significativos).....1

Moderado (significativo, pero no cambios dramáticos).....2

Severo (muy marcado y prominente, cambio dramático)...3

NS/NR.....9

Sí.....1

No.....2 → PASE A  
3.01

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

III. DIABETES MELLITUS

3.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes o el azúcar alta en la sangre? a301

---

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

Sí.....1  
 No.....2 → PASE A 4.01

Meses [ ] Años [ ]  
 Menos de un mes.....a302a a302b.....0000  
 NS/NR.....9999

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

3.03 ¿Algún médico le ha diagnosticado diabetes durante alguno de sus embarazos? a303

---

3.05 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió al médico para controlar su diabetes (sin contar las visitas al servicio de urgencias)? a305

---

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

---

3.07 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar? a307

Sí.....1  
 No.....2  
 Nunca he estado embarazada.....3

Veces [ ]  
 Ninguna.....00  
 NS/NR.....99 → PASE A 3.07

Seguro Social (IMSS).....01 a306a  
 ISSSTE.....02 a306b  
 ISSSTE Estatal.....03 a306c  
 Pemex.....04 a306d  
 Defensa.....05 a306e  
 Marina.....06 a306f  
 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07 a306g  
 IMSS Oportunidades.....08 a306h  
 Consultorios dependientes de farmacias.....09 a306i  
 Médico privado.....10 a306j  
 Otro lugar (especifique) a306esp 77 a306k  
 NS/NR.....99 a306l

Sí, ¿cuál?  
 Solo insulina.....1  
 Solo pastillas.....2 → PASE A 3.09  
 Ambas.....3  
 Ninguno.....4 → PASE A 3.09

III. DIABETES MELLITUS

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

Veces [ ] [ ] Frecuencia [ ] [ ]

Diario..... a308b ..... a308a ..... 1

A la semana..... 2

NS/NR..... 999

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

**Sí, ¿cuál?**

Plan de alimentación (dieta)..... 1 a309a

Realiza algún plan de ejercicio físico..... 2 a309b

Homeopatía (chochos)..... 3 a309c

Herbolaria..... 4 a309d

Medicina alternativa..... 5 a309e

No..... 8 a309f

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Tiras reactivas en orina..... a310a ..... 1

Tiras reactivas en sangre..... a310b ..... 2

Examen general de orina..... a310c ..... 3

Determinación de glucosa en sangre venosa..... a310d ..... 4

Determinación de hemoglobina glucosilada..... a310e ..... 5

Examen para medir el nivel de proteínas en la orina (microalbuminuria)..... a310f ..... 6

Automonitoreo..... a310g ..... 7

Ninguno..... a310h ..... 8 → PASE A 3.12

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

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

Examen 1	Veces	[ ] [ ]	a311e1
Examen 2	Veces	[ ] [ ]	a311e2
Examen 3	Veces	[ ] [ ]	a311e3
Examen 4	Veces	[ ] [ ]	NS/NR.....99
Examen 5	Veces	[ ] [ ]	a311e5
Examen 6	Veces	[ ] [ ]	a311e6
Examen 7	Veces	[ ] [ ]	a311e7

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Revisión oftalmológica (no lentes)..... 1 a312a

Toma una aspirina diario..... 2 a312b

Revisión de pies..... 3 a312c

Examen general de orina y micro albuminuria..... 4 a312d

No realiza ninguna medida preventiva..... 5 a312e

Otro (especifique) a312esp ..... 7 a312f

3.13 ¿Debido a la diabetes ...

LEA LAS OPCIONES Y CIRCULE SÓLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

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

**IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

4.01 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta o hipertensión? a401

---

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

Sí.....1  
 No.....2 → PASE A 5.01

Meses [ ] [ ] Años [ ] [ ]  
 Menos de un mes.....a402a a402b.....0000  
 NS/NR.....9999

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

4.03 ¿Algún médico le diagnosticó presión alta durante alguno de sus embarazos? a403

---

4.04 ¿Algún médico o personal de salud le diagnosticó preeclampsia solamente durante el tiempo en que estuvo embarazada? a404

---

4.05 ¿Actualmente toma alguna medicina (pastillas) para controlar su presión alta? a405

Sí.....1  
 No.....2 → PASE A 4.05  
 Nunca he estado embarazada.....3

Sí.....1 → PASE A 4.08  
 No.....2

Sí.....1  
 No.....2 → PASE A 4.08  
 NS/NR.....9

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Seguro Social (IMSS).....01 a406a  
 ISSSTE.....02 a406b  
 ISSSTE Estatal.....03 a406c  
 Pemex.....04 a406d  
 Defensa.....05 a406e  
 Marina.....06 a406f  
 Centro de Salud u Hospital de la SSA.....07 a406g  
 IMSS Oportunidades.....08 a406h  
 Consultorios dependientes de farmacias.....09 a406i  
 Médico privado.....10 a406j  
 Otro lugar (especifique) a406esp 77 a406k  
 NS/NR.....99 a406l

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

**Si, ¿cuál?**  
 Plan de alimentación (dieta).....1 a407a  
 Realiza algún plan de ejercicio físico.....2 a407b  
 Homeopatía (chochos).....3 a407c  
 Herbolaria.....4 a407d  
 Disminución en el consumo de sal.....5 a407e  
 Medicina alternativa.....6 a407f  
 No.....7 a407g

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

Veces [ ] [ ] Frecuencia [ ] [ ]  
 a408b a408a

NS/NR.....999 Frecuencia:  
 Diario.....1  
 Semanal.....2  
 Mensual.....3

### V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

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

---

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

Sí.....1  
 No.....2

	Sí	No	
un infarto?.....	1	2	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a502a</span>
angina de pecho?.....	1	2	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a502b</span>
insuficiencia cardiaca?.....	1	2	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a502c</span>
otra enfermedad del corazón? (especifique).....	1	2	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a502d</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a502desp</span>

### VI. HIPERCOLESTEROLEMIA Y ENFERMEDAD NEUROVASCULAR

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

---

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

---

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

---

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

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

Sí y lo encontraron alto.....2

No.....3

NS/NR.....9 → PASE A 6.03

**Sí, ¿cuál?**

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

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

Aumento de actividad física.....3 a602c

No.....4 a602d

Sí y los encontraron normales.....1

Sí y los encontraron altos.....2

No.....3

NS/NR.....9

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

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

## VII. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

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

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

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

FILTRO: APLICAR SÓLO A MUJERES Y HOMBRES DE 20 A 49 AÑOS  
 PERSONAS DE 50 AÑOS Y MÁS PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

8.01 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? a801

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

a803a  
a803b  
a803c  
a802d  
a803e  
a803f  
a803g  
a803h  
a803i  
a803j  
a803k  
a803l  
a803m  
a803n  
a803o

8.04 ¿Y además utilizaron condón masculino? a804

8.02b ¿Por qué usaron condón?

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Edad [ ][ ]

No ha tenido relaciones sexuales.....00 → PASE A FILTRO ANTES DE 8.07

No recuerda.....88

NS/NR.....99

Condón o preservativo masculino.....01 a802a

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

Pastillas o píldoras.....03 a802c

Inyecciones.....04 a802d

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

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

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

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

Operación masculina o vasectomía.....09 a802i

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

Retiro o coito interrumpido.....11 a802k

Otro (especifique) a802esp 77 a802l

Nada.....13 a802m

No recuerda.....88 a802n

NS/NR.....99 a802o

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

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

Pastillas o píldoras.....03

Inyecciones.....04

Dispositivo, DIU o aparato.....05

Implantes, tubos o norplant.....06

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

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

Operación masculina o vasectomía.....09

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

Retiro o coito interrumpido.....11 a803esp

Otro (especifique) a803esp 77

Nada.....12 → PASE A FILTRO ANTES DE 8.07

No recuerda.....88

NS/NR.....99

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9 → PASE A FILTRO ANTES DE 8.07

Para prevenir infección por VIH.....1 a802\_ba

Para prevenir una infección de transmisión sexual diferente al VIH.....2 a802\_bb

Para prevenir un embarazo no deseado.....3 a802\_bc

Porque me lo pidió mi pareja aunque desconozco el motivo.....4 a802\_bd

Otro (especifique) a802\_bsp 7 a802\_be

NS/NR.....9 a802\_bf

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

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

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

Meses [ ] Años [ ]

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

Actualmente está reglando.....97

No recuerda.....88

NS/NR.....99

→ PASE A 8.11

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

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

a808

Está amamantando o en puerperio.....01

Actualmente está embarazada.....02

Por menopausia natural.....03

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

Por quistes.....05

Recibió radiaciones en la pelvis.....06

Tomó medicamentos o quimioterapia.....07

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

NS/NR.....99

→ PASE A 8.12

8.11 ¿Alguna vez ha estado embarazada?

a811

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

→ PASE A 8.33b

8.11a ¿Está actualmente embarazada?

a811a

Sí.....1

No.....2

NS/NR.....9

8.12 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?

a812

NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO

Número de embarazos [ ] [ ]

No recuerda.....88

NS/NR.....99

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

8.13 ¿De estos embarazos cuantos han sido...

nacidos vivos, que no hayan fallecido?.....[ ] [ ] a813\_1

nacidos vivos, que hayan fallecido antes de cumplir un año de edad?.....[ ] [ ] a813\_2

nacidos muertos?.....[ ] [ ] a813\_3

abortos?.....[ ] [ ] a813\_4



## VIII. SALUD REPRODUCTIVA

## FILTRO:

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

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

a815

Día [ ] [ ] Mes [ ] [ ] Año [ ] [ ] [ ] [ ]

No recuerda.....88888888

NS/NR.....99999999

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

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

a817

Veces [ ] [ ]

Nunca la revisaron.....00 → PASE A 8.23

NS/NR.....99

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

a818

Médico.....1

Enfermera(o).....2

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

Partera profesional técnica.....4

Partera tradicional o empírica.....5

Otro personal de salud.....6

No recuerda.....8

NS/NR.....9

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

a819

Seguro Social (IMSS).....01

ISSSTE.....02

ISSSTE Estatal.....03

Pemex.....04

Defensa.....05

Marina.....06

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

IMSS Oportunidades.....08

Consultorios dependientes de farmacias.....09

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

Casa de la partera.....11

Casa de la entrevistada.....12

Otro lugar (especifique) a819esp 77

NS/NR.....99

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

a820

Meses [ ] [ ]

No recuerda.....88

NS/NR.....99

## VIII. SALUD REPRODUCTIVA

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

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

Sí No NS/NR

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

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

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

Sí No NS/NR

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

8.23 ¿Quién la atendió en su último parto?

a823

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

8.24 ¿En dónde la atendieron de su último parto?

a824

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

VIII. SALUD REPRODUCTIVA

8.25 ¿Tuvo alguna complicación en su último parto? a825

Sí.....1  
 No.....2  
 NS/NR.....9

→ PASE A 8.31

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

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

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

8.31 ¿Su último parto fue... a831

LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTAR SÓLO UNA OPCIÓN

normal (vaginal)?.....1  
 cesárea por urgencia?.....2  
 cesárea programada?.....3  
 NS/NR.....9

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

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

Kilos |\_\_| |\_\_| . gramos |\_\_| |\_\_| |\_\_| a828a\_1

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

ENTREVISTADOR: ANOTE LA OPCIÓN DONDE INDIQUE DONDE OBTUVO LA INFORMACIÓN |\_\_| a828a\_2

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

8.40 Cuando nació su último(a) hijo(a), ¿era... a840

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

muy grande?.....1  
 más grande de lo normal?.....2  
 de tamaño normal?.....3  
 más pequeño(a) de lo normal?.....4  
 muy pequeño?.....5  
 NS/NR.....9

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

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

ENTREVISTADOR: SI NUNCA LE DIÓ PECHO, PONER 000.  
 SI MENOS DE 1 MES, ANOTE DÍAS.  
 SI MÁS DE 1 MES, ANOTE MESES.  
 CUANDO MÁS DE 1 AÑO, CONVIERTA A MESES:  
 (EJEMPLOS: 1AÑO=12 M; 2 AÑOS=24 M; 3 AÑOS=36 M;  
 4 AÑOS=48 M)

Tiempo [\_\_] [\_\_] - Periodo [\_\_] a813db a813da

Nunca le dió pecho.....000 **Periodo:**  
 NS/NR.....999 **Días.....1**  
 Aún le da pecho.....888 **Meses.....2**

## VIII. SALUD REPRODUCTIVA

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

a832

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

PASE A  
8.33b

8.32a ¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?

a832a

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

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

a833b

Sí.....1  
 No.....2  
 NS/NR.....9

PASE A  
8.33a

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

a833c

Condones [ ][ ][ ][ ]

NS/NR.....999

8.33d ¿En dónde le dieron los condones gratuitos?

PUEDE ANOTAR MAS DE UNA OPCIÓN

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

## VIII. SALUD REPRODUCTIVA

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

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

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

8.35a ¿Conoce el resultado de la prueba?

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

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

Sí.....1  
No.....2  
NS/NR.....9

→

Sí.....1  
No.....2  
NS/NR.....9

→

Sí.....1  
No.....2  
NS/NR.....9

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

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

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

Sí.....1  
No.....2

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

8.34 ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en su vida?

Parejas [ ] [ ] [ ]

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

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

Individual Adultos

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

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

a8a13a

Sí.....1  
No.....2 →

PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

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

a8a13b

Nombre

8a.13b\_1 ¿Qué edad tenía (NOMBRE del hijo que murió) cuando murió?

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

ENTREVISTADOR: NO REDONDEE LOS MESES, REGISTRE MESES CUMPLIDOS.

Edad [ ] [ ] - Período [ ] [ ]

a8a13b1b

a8a13b1a

NS/NR.....999

Período:

Días.....1

Meses.....2

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

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

Kilos [ ] [ ] . gramos [ ] [ ] [ ] [ ]

a8a13c\_1

No lo pesaron.....0000

NS/NR.....9999

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

a8a13c\_2

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

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

NS/NR.....9

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

a8a13d

muy grande?.....1

más grande de lo normal?.....2

de tamaño normal?.....3

más pequeño(a) de lo normal?.....4

muy pequeño?.....5

NS/NR.....9

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

ENTREVISTADOR: ANOTE MESES CUMPLIDOS, NO REDONDEE LOS MESES.

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

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

Tiempo [ ] [ ] ----- Período [ ] [ ]

a8a13eb

a8a13ea

Nunca le dió pecho...000

Período: Días.....1

Toda su vida/ hasta que murió.....888 →

Meses.....2

NS/NR.....999

PASE A FILTRO ANTES DE 9.01

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

PUEDE ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

Me quedé sin leche.....01

a8a13fa

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

a8a13fb

Tuve que salir a trabajar.....03

a8a13fc

Me lo indicó el médico.....04

a8a13fd

Me aconsejaron (familiar / amiga / vecina) que debía dejar.....05

a8a13fe

Quedé embarazada.....06

a8a13ff

Me enfermé.....07

a8a13fg

Mi bebé se enfermó.....08

a8a13fh

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

a8a13fi

Mi bebé no aumentaba de peso.....10

a8a13fj

Mi bebé es adoptado/a.....11

a8a13fk

Porque así lo preferí.....12

a8a13fl

Otros (especifique) a8a13fes 77

a8a13fl

NS/NR.....99

a8a13fm

a8a13fn

IX. VACUNACIÓN

FILTRO: ADULTOS DE 20 A 59 AÑOS CONTINÚE

ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS PASE A 9.15

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

**9.01 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud y/o el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?** a901a

[ PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES ] a901b

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

---

**9.05 ¿Le han aplicado la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR)?** a905

---

**9.06 ¿Cuántas veces se la han aplicado?** a906

---

**9.09 ¿Le han aplicado la vacuna contra el tétanos?** a909

---

**9.10 ¿Cuántas veces se la han aplicado?** a910

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

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

Si la tiene pero no la mostró.....3

No tiene cartilla.....4

NS/NR.....9

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

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

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

No.....4

NS/NR.....9

} → PASE A 9.09

Veces [ \_\_\_\_ ]

NS/NR.....9

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

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

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

No.....4

NS/NR.....9

} → PASE A 10.A

Veces [ \_\_\_\_ ]

NS/NR.....9

} → PASE A 10.A

## IX. VACUNACIÓN

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

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

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

a915a

PUEDE ANOTAR HASTA DOS OPCIONES

a915b

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

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

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

9.20 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

a920

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

9.24 ¿Le han aplicado la vacuna contra el tétanos?

a924

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

PASE A  
9.27

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

a925

Veces [ ]

NS/NR.....9

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

a927

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

## X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA ADULTOS DE 20 AÑOS Y MÁS

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

a1000a

Sí.....1  
No.....2  
NS/NR.....9

PASE A  
10.01

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

a1000a

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



X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

10.01		10.02	
<p>Durante los últimos 12 meses, ¿se ha realizado en alguna unidad de salud la ...</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p>No sabe....9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">                 PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.             </div>		<p>¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>Seguro Social (IMSS).....01</p> <p>ISSSTE.....02</p> <p>ISSSTE Estatal.....03</p> <p>Pemex.....04</p> <p>Defensa .....05</p> <p>Marina.....06</p> <p>Centro de Salud u Hospital de la SSA....07</p> <p>IMSS Oportunidades.....08</p> <p>Consultorios dependientes de farmacias.....09</p> <p>Médico privado.....10</p> <p>Otro lugar (especifique).....77</p> <p>NS/NR.....99</p>	
→		→	
a)	detección de tuberculosis? (análisis de flema o esputo)	a1001a 	a1002a    a1002asp
b)	detección de sobrepeso u obesidad?	a1001b 	a1002b    a1002bsp
c)	detección de colesterol o triglicéridos alto (examen de sangre)?	a1001c 	a1002c    a1002csp
<b>ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 3.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO</b>			
d)	detección de diabetes (prueba del azúcar)?	a1001d 	a1002d    a1002dsp
<b>ENTREVISTADOR: REVISE LA PREGUNTA 4.01, SI LA RESPUESTA ES SÍ (CÓDIGO 1) PASE AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO</b>			
e)	detección de hipertensión (toma de presión arterial)?	a1001e 	a1002e    a1002esp
<b>LOS SIGUIENTES INCISOS SON SÓLO PARA HOMBRES, MUJERES PASE A 10.8</b>			
<b>HOMBRES CON CÓDIGO 4 EN PREGUNTA 10.B PASAN A 11.01</b>			
f)	detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?	a1001f 	a1002f    a1002fsp
g)	prueba de tacto rectal para detectar cáncer de próstata?	a1001g 	a1002g    a1002gsp
<b>HOMBRES PASE A 11.01</b>			

## X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

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

## X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

	<p style="text-align: center;"><b>10.08</b></p> <p>Alguna vez en su vida, ¿un médico o enfermera, le ha realizado una...</p> <p>Sí.....1 No.....2 No sabe...9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN.</div> <p style="text-align: center;">→</p>	<p style="text-align: center;"><b>10.09</b></p> <p>Durante el 2011, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p style="text-align: center;"><b>10.10</b></p> <p>Durante el 2010, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para ...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p style="text-align: center;"><b>10.11</b></p> <p>Durante el 2009, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para ...</p> <p>Sí.....1 No.....2</p> <p style="text-align: center;">→</p>
<b>MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c)"</b>				
a)	<p><b>prueba de Papanicolaou?</b></p> <p><i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1008a</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1009a</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1010a</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1011a</div>
b)	<p><b>Prueba del Papiloma Virus?</b></p> <p><i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">MUESTRE LA TARJETA 1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1008b</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1009b</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1010b</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1011b</div>
<b>MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01</b>				
c)	<p><b>Exploración clínica de los senos?</b></p> <p><i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas.</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1008c</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1009c</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1010c</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1011c</div>
d)	<p><b>Mastografía?</b></p> <p><i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">MUESTRE LA TARJETA 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1008d</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1009d</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1010d</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1011d</div>

## X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

	<p style="text-align: center;"><b>10.12</b></p> <p>¿Hace cuánto tiempo le hicieron su última (MENCIONE OPCIÓN DE 10.8)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">           SI ES HACE 4 AÑOS O MÁS, PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN         </div> <p style="text-align: center;">NS/NR.....9999</p> <p style="text-align: center;">—————&gt;</p>	<p style="text-align: center;"><b>10.13</b></p> <p>¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>Seguro Social (IMSS).....01</p> <p>ISSSTE.....02</p> <p>ISSSTE Estatal.....03</p> <p>Pemex.....04</p> <p>Defensa .....05</p> <p>Marina.....06</p> <p>Centro de Salud u Hospital de la SSA....07</p> <p>IMSS Oportunidades.....08</p> <p>Consultorios dependientes de farmacias.....09</p> <p>Médico privado.....10</p> <p>Otro lugar (especifique)_____77</p> <p>NS/NR.....99</p> <p style="text-align: center;">—————&gt;</p>	<p style="text-align: center;"><b>10.14</b></p> <p>¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</p> <p>Sí.....1</p> <p>No.....2</p> <p style="text-align: center;">—————&gt;</p>
<b>MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c)"</b>			
<p>a) <b>prueba de Papanicolaou?</b></p> <p><i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i></p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            Meses      Años  <input type="text"/>a1012aa   <input type="text"/>a1012ab         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1013a   <input type="text"/>a1013asp         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1014a         </p>
<p>b) <b>Prueba del Papiloma Virus?</b></p> <p><i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i></p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">MUESTRE LA TARJETA 1</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            Meses      Años  <input type="text"/>a1012ba   <input type="text"/>a1012bb         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1013b   <input type="text"/>a1013bsp         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1014b         </p>
<b>MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01</b>			
<p>c) <b>Exploración clínica de los senos?</b></p> <p><i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas.</i></p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            Meses      Años  <input type="text"/>a1012ca   <input type="text"/>a1012cb         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1013c   <input type="text"/>a1013csp         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1014c         </p>
<p>d) <b>Mastografía?</b></p> <p><i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i></p> <p style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;">MUESTRE LA TARJETA 2</p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            Meses      Años  <input type="text"/>a1012da   <input type="text"/>a1012db         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1013d   <input type="text"/>a1013dsp         </p>	<p style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/>a1014d         </p>

## X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS

FILTRO: PARA MUJERES DE 20 Y MAS AÑOS				
		10.16 ¿Cuál fue el resultado de su prueba?	10.17 ¿Recibió tratamiento?	10.18 ¿Cuál fue la principal causa por la que no recibió tratamiento?
		Positivo.....1 Negativo.....2 No le entregaron el resultado.....3 No acudió por el resultado.....4 NS/NR.....9	Sí.....1 No.....2	No requirió tratamiento.....01 No hay donde atenderse.....02 Es caro.....03 No tenía dinero.....04 La unidad médica le queda lejos.....05 Falta de confianza.....06 La tratan mal.....07 No tuvo tiempo.....08 Fue pero no lo atendieron.....09 Por pena.....10 No le explicaron lo que le ban hacer.....11 Su esposo o pareja no le permite.....12 En una prueba posterior no se encontró lesión.....13 Otro.....77 NS/NR.....99
		PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN	PASE A LA SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN	PASE A SIGUIENTE PRUEBA DE DETECCIÓN, ÚLTIMA PASE A 11.01
<b>MUJERES CON CÓDIGO 2 EN PREGUNTA 10.B PASE A INCISO "c)"</b>				
a)	<b>prueba de Papanicolaou?</b>  <i>Es cuando algún médico o enfermera con la ayuda de una espátula/hisopo/cepillo extrae una muestra de células del cérvix o del cuello de su matriz y la manda al laboratorio.</i>	_ _  a1016a	_ _  a1017a	_ _  a1018a
b)	<b>Prueba del Papiloma Virus?</b>  <i>El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz/ útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio.</i>  MUESTRE LA TARJETA 1	_ _  a1016b	_ _  a1017b	_ _  a1018b
<b>MUJERES CON CÓDIGO 3 EN PREGUNTA 10.B PASE A 11.01</b>				
c)	<b>Exploración clínica de los senos?</b>  <i>El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas</i>	_ _  a1016c	_ _  a1017c	_ _  a1018c
d)	<b>Mastografía?</b>  <i>Se trata de una radiografía de sus senos con un aparato como el de la tarjeta que le mostraré.</i>  MUESTRE LA TARJETA 2	_ _  a1016d	_ _  a1017d	_ _  a1018d

**XI. ACCIDENTES**

**11.01 ¿Sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?**

**a1101**

Sí.....1  
 No.....2  
 NS/NR.....9

→ **PASE A 12.01**

**11.02 ¿Cómo fue que se accidentó?**

**a1102**

REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA ANOTAR EL CÓDIGO

Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....01  
 Choque en motocicleta.....02  
 Choque o atropellamiento como ciclista.....03  
 Atropellado como peatón.....04  
 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05  
 Caída a nivel de piso.....06  
 Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07  
 Caída de un nivel a otro: silla, escalera etc.....08  
 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro etc.).....09  
 Exposición a corriente eléctrica, radiación.....10  
 Exposición a humo o fuego.....11  
 Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....12  
 Exposición a fuerzas de la naturaleza: rayo, granizo.....13  
 Picadura de animal ponzoñoso o contacto con plantas venenosas.....14  
 Envenenamiento accidental: alimentos, medicamentos.....15  
 Sumersión en depósitos de agua: alberca, cisterna.....16  
 Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....17  
 Exposición accidental a otros factores.....18  
 NS/NR.....99

→ **PASE A 11.02b**

→ **PASE A 11.03**

→ **PASE A 12.01**

**11.02a ¿Llevaba puesto el cinturón?**

**a1102a**

Sí.....1  
 No.....2

→ **PASE A 11.03**

**11.02b ¿Llevaba puesto el casco?**

**a1102b**

Sí.....1  
 No.....2

**11.03 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?**

**a1103**

Hogar.....01  
 Escuela.....02  
 Trabajo.....03  
 Vía pública.....04  
 Campo.....05  
 Antro, bar.....06  
 Centro recreativo o deportivo.....07  
 Establecimiento comercial.....08  
 Otro.....77  
 NS/NR.....99

## XI. ACCIDENTES

## 11.04

¿Qué tipo de daño tuvo en ... (lea cada opción de las regiones del cuerpo)

REGIÓN DEL CUERPO

SI TUVO MÁS DE UNA LESIÓN FAVOR DE REGISTRAR LA MÁS SEVERA (POR LA QUE HAYA TENIDO QUE SER HOSPITALIZADO, INMOVILIZADO, QUE HAYA DEJADO SECUELAS O PROVOCADO DISCAPACIDAD)

Contusión.....01	Aplastamiento.....10
Moretón.....02	Quemadura primer grado.....11
Esguince o torcedura.....03	Quemadura segundo grado.....12
Luxación.....04	Quemadura tercer grado.....13
Fractura.....05	Heridas múltiples.....14
Herida.....06	Daño-afectación de órganos.....15
Laceración.....07	Otras/no especificadas.....16
Lesión de nervios.....08	Ninguna lesión en esta región.....17
Amputación.....09	NS/NR.....99

	REGIÓN DEL CUERPO	LESIÓN 1
a	cara, cabeza y/o cuello?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104a
b	tórax y/o abdomen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104b
c	pelvis (cadera)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104c
d	columna vertebral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104d
e	brazo y/o antebrazo?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104e
f	mano y/o dedos de la mano?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104f
h	muslo y/o pierna?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104h
i	pie (tobillo) y/o dedos del pie?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104i
j	genitales?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104j
l	Otra (especifique) _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a1104l a1104lsp

**XI. ACCIDENTES**

**11.05 ¿Quién lo(la) atendió cuando ocurrió el accidente?**  
a1105

---

**11.06 ¿Cuándo sufrió el accidente estaba bajo los efectos de ...**  
a1106

---

**11.07 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó este accidente?**  
a1107

Familiar.....	01
Amigo(a)/vecino(a).....	02
Dependiente de la farmacia.....	03
Curandero.....	04
Yerbero.....	05
Huesero(a), sobador(a).....	06
Quiropráctico.....	07
Homeópata.....	08
Acupunturista.....	09
Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud.....	10
Médico general.....	11
Médico especialista.....	12
Dentista.....	13
Enfermera.....	14
Psicólogo.....	15
Otro (especifique) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a1105esp</span> .....	77
Nadie.....	20
NS/NR.....	99

alcohol?.....	1
drogas?.....	2
ambos?.....	3
Otro (especifique) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a1106esp</span> .....	7
No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....	8
NS/NR.....	9

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) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a1107esp</span> .....	7
NS/NR.....	9



## XII. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

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

a1201

Sí.....1  
 No.....2  
 NS/NR.....9

PASE A  
13.01

12.02 ¿Qué fue lo que le pasó?

REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS  
PARA ANOTAR EL CÓDIGO

PUEDA ANOTAR MÁS DE UNA OPCIÓN

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

12.03 ¿Cuál fue el principal motivo?

a1203

ANOTE LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE

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

12.04 ¿En qué lugar ocurrió la agresión o violencia?

a1204

Hogar.....01  
 Escuela.....02  
 Trabajo.....03  
 Transporte público.....04  
 Vía pública.....05  
 Campo.....06  
 Centro recreativo o deportivo.....07  
 Antro, bar.....08  
 Establecimiento comercial.....09  
 Otro (especifique) a1204esp 77  
 NS/NR.....99

## XII. AGRESIÓN Y VIOLENCIA

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

a1206

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

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

a1207

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

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

a1208

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

**XIII. FACTORES DE RIESGO**

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

a1301

Sí.....1  
 No.....2  
 Nunca ha fumado.....3  
 NS/NR.....9

PASE A  
13.10

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

a1302

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

→ ¿Fue antes de los 12 años?

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

→ ¿Fue antes o después de los 20 años?

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

Años | | | |

Antes de los 12 años.....112  
 Antes de los 20 años.....119  
 Después de los 20 años.....120  
 NS/NR.....999

**13.03 ¿Cuántos cigarros fuma actualmente?**

Número de cigarros | | | Frecuencia | | a1303a

a1303b

Actualmente no fuma.....888

PASE A  
13.10

**Frecuencia:**

Diario.....1  
 Semanal.....2  
 Mensual.....3  
 Ocasional.....4  
 Al menos una vez al año.....5

NS/NR.....999

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

a1304

Primeros 5 minutos.....1  
 Entre 6 y 30 minutos.....2  
 Entre 31 y 60 minutos.....3  
 Más de 1 hora.....4

**FUMADORES ACTIVOS**

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

a1306

Siempre.....1  
 Casi siempre.....2  
 A veces.....3  
 Pocas veces.....4  
 Nunca.....5

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

a1310

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

→ ¿Fue antes de los 12 años?

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

→ ¿Fue antes o después de los 20 años?

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

Años | | | |

Antes de los 12 años.....112  
 Antes de los 20 años.....119  
 Después de los 20 años.....120  
 Nunca ha tomado.....000  
 NS/NR.....999

TERMINE ENTREVISTA

## XIII. FACTORES DE RIESGO

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

a1311

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

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

**13.12a Si la persona entrevistada es hombre, preguntar:**

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

a1312

**13.12b Si la persona entrevistada es mujer, preguntar:**

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

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

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

## RESPECTO A LAS PERSONAS

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

## CONFIDENCIALIDAD

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

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

## OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 11.02

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

## Ejemplos para las opciones de respuesta de la pregunta 12.02

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