

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT CONTINUA 2022)

Cuestionario de salud de adultos de 20 años o más

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD _____|_____|_____|_____|_____|_____|
 MUNICIPIO/ALCALDIA _____|_____|_____|_____|_____|_____|
 LOCALIDAD _____|_____|_____|_____|_____|_____|
 AGEB.....|_____|_____|_____|_____|_____|
 MZ.....|_____|_____|_____|_____|_____|

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

UPM.....|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 NÚMERO DE VIVIENDA
 SELECCIONADA.....|_____|_____|

3. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

TIPO Y NOMBRE DE VIALIDAD (CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO,
BOULEVARD o Km)

NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	TIPO Y NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO (COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)	CÓDIGO POSTAL
_____	_____	_____	_____

4. CONTROL DE HOGARES Y CUESTIONARIO

HOGAR |_____| DE |_____| EN LA VIVIENDA
 CUESTIONARIO |_____| DE |_____| DEL HOGAR

5. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

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

*CODIGOS PARA EL RESULTADO DE LA ENTREVISTA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 01 ENTREVISTA COMPLETA | 05 AUSENCIA DE LA PERSONA SELECCIONADA |
| 02 ENTREVISTA INCOMPLETA | 06 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN |
| 03 INFORMANTE INADECUADO | 07 HABLA ALGUNA LENGUA EXTRANJERA |
| 04 ENTREVISTA APLAZADA (HACER CITA) | 08 OTRO _____ |

ESPECIFICAR

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

I. SOBREPESO Y OBESIDAD

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

MUESTRA TARJETA Y REGISTRA EL CÓDIGO

a0104

Número de la figura | ____ |

1.7 Durante los últimos 12 meses, ¿ha perdido o ganado peso?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- Ganó peso 1
- Perdió peso..... 2
- No ha experimentado cambios en su
- Peso..... 3
- Ganó o perdió peso porque está
- embarazada..... 4
- No sabe..... 9

a0107

Pasa a sección II

1.8 ¿Cuántos kilos fueron los que ganó (perdió)?

ANOTA CON NÚMERO

Kg | ____ | ____ | ____ |

a0108

PROGRAMADOR:, coloque el signo negativo en caso de pérdida de peso

ENTREVISTADOR:

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

1.9 ¿Esta pérdida de peso fue intencional?

SELECCIONA UN CÓDIGO

a0109

- SÍ..... 1
- NO..... 2

→ Pasa a sección II

1.10 ¿Las acciones que tomó para perder peso fueron...

LEE Y SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

- disminuir el tamaño de las porciones?..... 01 **a0110A**
- aumentar la actividad física?..... 02 **a0110B**
- seguir las recomendaciones de un profesional de la salud?..... 03 **a0110C**
- tomar medicamentos para perder peso?..... 04 **a0110D**
- eliminar el consumo de refrescos?..... 05 **a0110E**
- aumentar el consumo de vegetales y alimentos ricos en fibra (por ejemplo, cereales integrales)?..... 06 **a0110G**
- realizar algún tipo de ejercicio?..... 07 **a0110H**
- tomar mucha agua?..... 08 **a0110I**
- Otra forma (específica).. 09 **a01esp**

II. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

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

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

2.1 Durante la última semana...	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
a) ¿Sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?	a0211	2	3	4
b) ¿le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	a0212	2	3	4
c) ¿se sintió deprimido/a?	a0213	2	3	4
d) ¿le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	a0214	2	3	4
e) ¿no durmió bien?	a0215	2	3	4
f) ¿disfrutó de la vida?	a0216	2	3	4
g) ¿se sintió triste?	a0217	2	3	4

2.2 ¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que sufre o ha sufrido depresión?	Sí	1	a0202	_
	No	2		

III. DIABETES MELLITUS

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

Ahora le preguntaré por algunas enfermedades que pudiera tener usted

<p>3.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>SÍ..... 1</p> <p>Sí, durante el embarazo (solo mujeres, diabetes gestacional).... 2</p> <p>NO..... 3 → Pasa a sección IV</p> <p>a0301</p>	<p>3.2 ¿Qué edad tenía usted cuando el médico le dijo que tenía diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Edad _ _ </p> <p>NS/NR.....99</p> <p>a0302</p>
<p>3.3 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió al médico para controlar su diabetes (sin contar las visitas al servicio de urgencias)?</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <p>Número _ _ </p> <p>Ninguna..... 00</p> <p>NS/NR..... 99</p> <p>a0303num</p> <p>Pasa a 3.6b</p>	<p>3.4 ¿Hace cuánto tiempo fue la última ocasión en la que acudió con un profesional de la salud para tratar su diabetes?</p> <p>ANOTA CON NÚMERO</p> <p>Días Meses Años</p> <p> _ _ _ _ _ _ </p> <p>a0304d</p> <p>a0304m</p> <p>a0304a</p>

<p>3.8 ¿Cuánto tiempo tiene tomando pastillas para controlar su azúcar? SELECCIONA CON NÚMERO</p> <p>Meses Años _ _ _ _ </p> <p>Menos de un mes..... 01 NS/NR..... 99</p> <p style="text-align: center;">a0308m a0308a</p> <p>FILTRO: SI SOLO TOMA PASTILLAS (3.7=2), PASA A 3.10a</p>	<p>3.9 ¿Hace cuánto tiempo inició el tratamiento con insulina? SELECCIONA CON NÚMERO</p> <p>Meses Años _ _ _ _ </p> <p>Menos de un mes..... 01 NS/NR..... 99</p> <p style="text-align: center;">a0309m a0309a</p>																																
<p>3.10 ¿Se aplica insulina todos los días? SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>SÍ..... 1 NO..... 2 No responde..... 8</p> <p style="text-align: center;">a0310</p>	<p>3.10a Normalmente, ¿cuánto paga por sus pastillas y/o tratamiento de insulina para controlar su diabetes en un mes?</p> <p>Monto _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>No pagó..... 00</p> <p style="text-align: center;">a0310a</p>																																
<p>3.12 Actualmente, ¿qué otro tratamiento lleva para controlar su azúcar... LEE TODAS LAS OPCIONES SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <p>Plan de alimentación (dieta recomendada por personal de salud)?..... 1 a0312A Plan de ejercicio físico?..... 2 a0312B Come frutas y verduras todos los días?..... 3 a0312C Otros?..... 4 a0312D Ninguno..... 5 a0312D</p>																																	
<p>3.13 En los últimos seis meses ¿Ha suspendido algun(os) de los medicamentos más de una vez a la semana?</p> <p>Sí 1 No 2 No sabe 9</p> <p style="text-align: center;">a0313</p> <p style="text-align: right;">Pasa a 3.15</p>	<p>3.14 ¿Cuál fue la causa principal de la suspensión?</p> <p>Se le olvidó tomar los medicamentos 1 Consideró que no lo necesitaba 2 Tuvo miedo a la hipoglucemia 3 Tuvo temor sobre la seguridad del medicamento 4 No le surtieron los medicamentos en la unidad médica 5 No encontró el medicamento en la farmacia 6 No tuvo dinero para comprarlo(s) 7 Otro 8</p> <p style="text-align: center;">a0314</p>																																
<p>3.15 Debido a la diabetes, ¿qué medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones en el último año? SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS</p> <p style="text-align: center;">a0315A AL a0315V</p> <table border="0"> <tr> <td>Toma una aspirina diaria.....</td> <td>02</td> <td>Dejó de fumar.....</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Revisión de pies.....</td> <td>03</td> <td>Revisión dental.....</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Microalbuminuria (con recolección de orina de 24 horas).....</td> <td>05</td> <td>Recibió educación sobre su enfermedad.....</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>Medición de la presión arterial.....</td> <td>06</td> <td>Electrocardiograma.....</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Aplicación de vacuna contra influenza, o neumococo.....</td> <td>07</td> <td>Acude a algún grupo de ayuda mutua.....</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Medición del colesterol y los triglicéridos.....</td> <td>09</td> <td>Medición de glucosa en sangre capilar en casa.....</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Toma un medicamento para disminuir la concentración de colesterol (pravastatina atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina)</td> <td>10</td> <td>Otro.....</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>Toma un medicamento para el control de su presión arterial (enalapril, captopril, tenormin diurético).....</td> <td>11</td> <td>No realiza ninguna medida preventiva.....</td> <td>19</td> </tr> </table>		Toma una aspirina diaria.....	02	Dejó de fumar.....	12	Revisión de pies.....	03	Revisión dental.....	13	Microalbuminuria (con recolección de orina de 24 horas).....	05	Recibió educación sobre su enfermedad.....	14	Medición de la presión arterial.....	06	Electrocardiograma.....	15	Aplicación de vacuna contra influenza, o neumococo.....	07	Acude a algún grupo de ayuda mutua.....	17	Medición del colesterol y los triglicéridos.....	09	Medición de glucosa en sangre capilar en casa.....	20	Toma un medicamento para disminuir la concentración de colesterol (pravastatina atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina)	10	Otro.....	18	Toma un medicamento para el control de su presión arterial (enalapril, captopril, tenormin diurético).....	11	No realiza ninguna medida preventiva.....	19
Toma una aspirina diaria.....	02	Dejó de fumar.....	12																														
Revisión de pies.....	03	Revisión dental.....	13																														
Microalbuminuria (con recolección de orina de 24 horas).....	05	Recibió educación sobre su enfermedad.....	14																														
Medición de la presión arterial.....	06	Electrocardiograma.....	15																														
Aplicación de vacuna contra influenza, o neumococo.....	07	Acude a algún grupo de ayuda mutua.....	17																														
Medición del colesterol y los triglicéridos.....	09	Medición de glucosa en sangre capilar en casa.....	20																														
Toma un medicamento para disminuir la concentración de colesterol (pravastatina atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina)	10	Otro.....	18																														
Toma un medicamento para el control de su presión arterial (enalapril, captopril, tenormin diurético).....	11	No realiza ninguna medida preventiva.....	19																														

3.16 ¿Debido a la diabetes...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

a0316a AL a0316j

	SÍ	NO
a) ha tenido úlceras en piernas o pies?.....	1	2
b) le han amputado alguna parte del cuerpo?.....	1	2
c) le ha disminuido la visión?.....	1	2
d) ha perdido la vista?.....	1	2
e) le han hecho diálisis?.....	1	2
f) ha sufrido de un infarto al corazón?.....	1	2
g) ha tenido un infarto cerebral?.....	1	2
h) ha tenido pie diabético?.....	1	2
i) sufrió de un coma diabético?.....	1	2
j) se le ha bajado el azúcar hasta el punto de tener un episodio de aparición súbita de sudoración confusión o pérdida de conocimiento, que requirió ayuda de una tercera persona para su resolución?.....	1	2

IV. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

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

4.1 ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?

SELECCIONA UN CÓDIGO

a0401

- SÍ..... 1
 SÍ, durante el embarazo..... 2
 NO..... 3 → Pasa a 4.9

4.2 ¿Hace cuánto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?

ANOTA CON NÚMERO

**a0402m
a0402a**

- Meses |_|_| | Años |_|_| |
 Menos de un mes..... 01
 No responde..... 88
 No sabe..... 99

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

a0404

- SÍ..... 1
 NO..... 2 → Pasa a 4.6

4.4 a ¿Cuánto gasta usualmente por sus pastillas para controlar su presión alta un mes?

Monto |_|_|_|_|_|_|_|_|

a0404a

- No gasta/las obtiene sin costo... 00

4.5 ¿Cuánto tiempo tiene tomando este medicamento?

ANOTA CON NÚMERO

**a0405m
a0405a**

Meses |_|_| | Años |_|_| |

- Menos de un mes..... 01
 No sabe..... 99

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

Número

ANOTA CON NÚMERO

a0406

- |_|_| |
 Ninguna00
 NS/NR.....99 } Pasa a 4.8

4.6a ¿La última vez que acudió al médico para controlar su hipertensión también fue para control de su diabetes?

- SÍ..... 1
 NO..... 2

a0406a

4.6b ¿Cuánto pagó la última vez que acudió al médico para controlar su hipertensión?

Monto

a0406b

- |_|_|_|_|_|_|_| |
 No pagó..... 00

4.7 ¿En dónde se atiende principalmente para controlar su presión alta?

SELECCIONA UN CÓDIGO

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

a0407
a0407esp

4.8 Actualmente, ¿qué otro tratamiento lleva para controlar su presión alta?

a0408A AL a0408E

SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

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

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

a0409

- Diario..... 1
- Semanal..... 2
- Mensual..... 3
- Anual..... 4
- No se la toman..... 5 → Pasa a filtro antes de 4.10

4.9a ¿Cuántas veces?

ANOTA CON NÚMERO

Número |_|_|_| a0409a

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

4.10 ¿Debido a la hipertensión...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

a0410a AL a0410f

- | | SÍ | NO | |
|--|----|----|---|
| a) ha sufrido daño en la retina? | 1 | 2 | |
| b) le han hecho diálisis? | 1 | 2 | |
| c) ha sufrido de un infarto al corazón? | 1 | 2 | |
| d) ha tenido un infarto o embolia cerebral? | 1 | 2 | |
| e) ha acudido a un servicio de urgencias en el último año? | 1 | 2 | |
| (si la respuesta es NO, pasa a la opción siguiente) | | | ¿Cuántas veces? _ _ _ a0410ev |
| f) ha estado hospitalizado(a) por más de 24 horas en el último año? | 1 | 2 | |
| (Si la respuesta es NO, pasa a Sección 5) | | | ¿Cuántas veces? _ _ _ a0410ev
¿Cuántos días en total en el último año? _ _ _ a0410fd |

V. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

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

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

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

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

a0502a
a0502b
a0502d

VI. ENFERMEDAD RENAL, HIPERCOLESTEROLEMIA

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

6.1 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece de alguna enfermedad del riñón, como...

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SÍ	NO
a) infección de vías urinarias en más de una ocasión?.....	1	2
b) cálculos renales?	1	2
c) insuficiencia renal o enfermedad renal crónica?	1	2

a0601a AL a0601c

6.3 ¿Le han medido alguna vez la concentración de colesterol y triglicéridos?

SELECCIONA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	a0603
NO.....	2	
No sabe.....	9	

6.4 ¿Algún médico le ha dicho que tiene el colesterol alto?

SELECCIONA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	a0604
NO.....	2	→ Pasa a 6.6

6.5 Actualmente, ¿qué acciones toma para el control del colesterol?.

SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

Medicamento como, pravastatina, atorvastatina, simvastatina, rosuvastatina, pitavastatina, ezetimiba.....	1	a0605A AL a0605D
Dieta	2	
Aumento de actividad física.....	3	
Medicina Alternativa.....	4	
Ninguna.....	5	

6.6 ¿Algún médico le ha dicho que tiene los triglicéridos altos?

SELECCIONA UN CÓDIGO

SÍ.....	1	a0606
NO.....	2	→ Pasa sección VII

6.7 Actualmente, ¿qué acciones toma para el control de los triglicéridos altos?

SELECCIONA UNO O MÁS CÓDIGOS

Medicamento como, bezafibrato, fenofibrato Gemfibrozil, ciprofibrato.....	1	a0607A1
Dieta.....	2	a0607B
Aumento de actividad física.....	3	a0607C
Medicina Alternativa.....	4	a0607D
Ninguna.....	5	

<p>8.3 La primera vez que tuvo relaciones sexuales, ¿qué hicieron o qué usaron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>INDAGUE SOBRE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS</p>	<p>Condón o preservativo masculino..... 01 Condón femenino..... 02 Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente..... 03 Pastillas o píldoras..... 04 Inyecciones..... 05 Parche anticonceptivo..... 06 Dispositivo, DIU o aparato 07 Implantes, tubos o norplant..... 08 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma..... 09 Ritmo, calendario, termómetro, Billings..... 10 Retiro o coito interrumpido..... 11 Otro 77 Nada 14 No recuerda..... 88 NS/NR..... 99</p>	<p>a0803A AL a0803O</p> <p>a0803esp</p>
<p>8.4 En su última relación sexual, ¿Qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual?</p> <p>INDAGUE SOBRE TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS</p>	<p>Condón o preservativo masculino..... 01 Condón femenino..... 02 Pastillas de anticoncepción de emergencia o del día siguiente..... 03 Pastillas o píldoras..... 04 Inyecciones..... 05 Parche anticonceptivo..... 06 Dispositivo, DIU o aparato 07 Implantes, tubos o norplant..... 08 Óvulos, jaleas, espuma o diafragma..... 09 Operación femenina, OTB o ligadura de trompas..... 10 Operación masculina o vasectomía..... 11 Ritmo, calendario, abstinencia periódica, termómetro, billings..... 12 Retiro o coito interrumpido..... 13 Otro 77 Nada 14 No recuerda..... 88 No responde..... 99</p>	<p>→ Pasa a filtro antes de 8.6</p> <p>Pasa a filtro antes de 8.6</p>
<p>8.5 ¿Y además utilizaron condón masculino?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 NS/NR..... 9</p>	<p>a0805</p>

FILTRO: SI ES MUJER CONTINUE. SI ES HOMBRE PASA A 8.24

<p>8.6 ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?</p>	<p>Edad [__][__]</p> <p>a0806</p> <p>No ha comenzado00 → Pasa a 8.24 No Responde.....88 No Sabe.....99</p>	
---	---	--

**FILTRO: SI ES MUJER Y NO HA INICIADO VIDA SEXUAL (PREGUNTA 8.1=00) PASA A 8.24
 SI ES MUJER Y YA INICIÓ VIDA SEXUAL (PREGUNTA 8.1>00) CONTINÚE**

<p>8.7 ¿Alguna vez ha estado embarazada?</p> <p>NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL. AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO</p>	<p>Sí.....1 No.....2 No responde.....9</p> <p>→ Pasa a 8.24</p>	<p>a0807</p>
<p>8.8 ¿Está actualmente embarazada?</p>	<p>Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 No responde.....9</p>	<p>a0808</p>

8.9 ¿Cuántos embarazos en total ha tenido? NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL. AUNQUE ESTE SEA EL PRIMERO	Número de embarazos [__ __] No recuerda.....88 No responde.....99 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0809</div>																								
FILTRO: SI ACTUALMENTE ESTÁ EMBARAZADA (PREGUNTA 8.8=1) Y HA SIDO SU ÚNICO EMBARAZO (PREGUNTA 8.9=1)- EL EMBARAZO ACTUAL ES EL PRIMER EMBARAZO- PASA A 8.24																									
8.10 ¿De estos embarazos cuántos han sido... LEE Y ANOTA EL NÚMERO	a. pérdidas o abortos?..... [__ __] b. nacidos muertos?..... [__ __] c. nacidos vivos?..... [__ __] Si en inciso c es uno o más (nacidos vivos) pase a 8.10a 8.10a ¿Cuántos han fallecido d. Antes de cumplir un año de edad?..... [__ __] e. Después de cumplir un año de edad?..... [__ __] <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0810a a0810b a0810c</div> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">a0810ad a0810ae</div>																								
SI CONTESTÓ A 8.10C AL MENOS UN HIJO VIVO QUE NO HA FALLECIDO (PREGUNTAS 8.10AD+8.10AE <8.10C) CONTINÚE, EN OTRO CASO PASE A 8.24																									
8.11 ¿En qué día, mes y año nació su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a) y que sigue vivo(a) ?	Día [__ __] Mes [__ __] año [__ __ __ __] No recuerda88 88 8888 No responde99 99 9999 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0811d a0811m a0811a</div>																								
Entrevistador/a: APLICAR SÓLO A MUJERES CON ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE LA ENTREVISTA.SI NO, PASA A LA PREGUNTA 8.24																									
8.12 En total ¿cuántas veces la revisaron durante su último embarazo? SI LA REVISÓ MÁS DE UN PERSONAL DE SALUD, ANOTE EL NÚMERO DE VECES DEL PERSONAL MÁS CALIFICADO	Veces [__ __] <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0812</div> Nunca la revisaron.....00 → Pasa a 8.16 NS/NR.....99																								
8.13 ¿En qué institución o lugar la revisaron la mayoría de las veces durante este embarazo? SELECCIONA UN CÓDIGO <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0813 a0813esp</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....</td> <td style="text-align: right;">01</td> </tr> <tr> <td>IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....</td> <td style="text-align: right;">02 [__ __]</td> </tr> <tr> <td>ISSSTE/ISSSTE Estatal.....</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina o DIF).....</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>Otros privados (atencion privada en el domicilio o via remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde Roja, ONG, dispensarios).....</td> <td style="text-align: right;">07</td> </tr> <tr> <td>Consultorio en domicilio particular de médico privado.....</td> <td style="text-align: right;">08</td> </tr> <tr> <td>Casa de la partera.....</td> <td style="text-align: right;">09</td> </tr> <tr> <td>Casa de la entrevistada.....</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Otro (especifique).....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>No sabe / No recuerda.....</td> <td style="text-align: right;">88</td> </tr> </table>		Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01	IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02 [__ __]	ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03	Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04	Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina o DIF).....	05	Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06	Otros privados (atencion privada en el domicilio o via remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde Roja, ONG, dispensarios).....	07	Consultorio en domicilio particular de médico privado.....	08	Casa de la partera.....	09	Casa de la entrevistada.....	10	Otro (especifique).....	11	No sabe / No recuerda.....	88
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01																								
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02 [__ __]																								
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03																								
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04																								
Otros públicos (PEMEX, Defensa, Marina o DIF).....	05																								
Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06																								
Otros privados (atencion privada en el domicilio o via remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde Roja, ONG, dispensarios).....	07																								
Consultorio en domicilio particular de médico privado.....	08																								
Casa de la partera.....	09																								
Casa de la entrevistada.....	10																								
Otro (especifique).....	11																								
No sabe / No recuerda.....	88																								
8.14 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando la revisaron por primera vez?	Meses [__ __] No recuerda.....88 NS/NR.....99 <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">a0814</div>																								

8.15 Durante el embarazo, cuando visitó al médico, enfermera o algún otro personal de salud, ¿Se le realizó algo de lo siguiente al menos una vez...

LEE TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN

a0815a
AL
a0815p

	Sí	No	NS/NR
la midieron?.....	1	2	9
la pesaron?.....	1	2	9
le tomaron la presión arterial?.....	1	2	9
le realizaron examen(es) general(es) de orina?.....	1	2	9
le realizaron examen(es) de sangre?.....	1	2	9
le midieron su nivel de azúcar en sangre?.....	1	2	9
le realizaron la prueba de detección de sífilis (VRDL)?.....	1	2	9
le realizaron la prueba para detectar Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?.....	1	2	9
le hicieron un ultrasonido?.....	1	2	9
la vacunaron contra el tétanos?.....	1	2	9
le mandaron ácido fólico?.....	1	2	9
le mandaron vitaminas, hierro, o algún suplemento alimenticio?.....	1	2	9
le ofrecieron algún servicio de detección o atención para la salud mental (ansiedad, depresión)?.....	1	2	9
le ofrecieron algún método anticonceptivo para cuando terminara su embarazo?.....	1	2	9
le enseñaron o explicaron cómo dar a su bebé leche materna?.....	1	2	9
le midieron la panza (fondo uterino)?.....	1	2	9

8.16 ¿En dónde la atendieron de su último parto?

SELECCIONE UN CÓDIGO

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	01
IMSS Bienestar (antes Oportunidades).....	02
ISSSTE/ISSSTE Estatal.....	03 __ __
Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud.....	04
PEMEX, Defensa, Marina o DIF.....	05
Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico.....	06
Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeopata, Cruz Verde Roja, ONG, dispensarios.....	07
Consultorio en domicilio particular de médico privado.....	08
Casa de la partera.....	09
Casa de la entrevistada.....	10
Otro (especifique).....	11
No sabe / No recuerda.....	88

a0816
a0816esp

8.17 ¿Su último parto fue ...

LEE TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA SOLO UNA OPCIÓN

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

a0817

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

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

a0818



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

<p>8.19 ¿Cuánto pesó al nacer su último(a) hijo(a)?</p> <p>NOTA: ÚLTIMO(A) HIJO(A) NACIDO(A) VIVO(A) Y QUE SIGUE VIVO(A)</p>	<p>Gramos [__]. [__][__][__]</p> <p>No lo pesaron.....0000</p> <p>NS/NR.....9999</p> <p style="text-align: right;">a0819k</p> <p style="text-align: right;">a0819f</p> <p style="text-align: center;">ENTREVISTADOR/A: ANOTA LA OPCIÓN QUE INDIQUE DE DÓNDE OBTUVO LA INFORMACIÓN</p> <p>De la cartilla del niño o de otro documento.....1</p> <p>Del recuerdo de su mamá, cuidadora o informante.....2</p> <p>NS/NR.....9</p>
---	--

<p>8.21 En la primera semana después del parto de su último(a) hijo(a) ¿algún profesional de la salud le dio información sobre...</p> <p>LEE TODAS LAS OPCIONES Y SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</p> <p style="text-align: center;">a0821a AL 0821j</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 5%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width: 5%; text-align: center;">No</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>signos y síntomas de hemorragia?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de la preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de infecciones?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de trombosis o coágulos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>nutrición?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>lactancia materna?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>higiene, sobre todo lavado de manos?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>anticoncepción?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>la importancia de que el bebé duerma boca arriba?.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS/NR	signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9	signos y síntomas de la preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....	1	2	9	signos y síntomas de infecciones?	1	2	9	signos y síntomas de trombosis o coágulos?	1	2	9	nutrición?	1	2	9	lactancia materna?	1	2	9	higiene, sobre todo lavado de manos?	1	2	9	anticoncepción?	1	2	9	signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?	1	2	9	la importancia de que el bebé duerma boca arriba?	1	2	9
	Sí	No	NS/NR																																										
signos y síntomas de hemorragia?	1	2	9																																										
signos y síntomas de la preeclampsia, eclampsia? (es decir, la presión alta durante el embarazo o poco después del parto).....	1	2	9																																										
signos y síntomas de infecciones?	1	2	9																																										
signos y síntomas de trombosis o coágulos?	1	2	9																																										
nutrición?	1	2	9																																										
lactancia materna?	1	2	9																																										
higiene, sobre todo lavado de manos?	1	2	9																																										
anticoncepción?	1	2	9																																										
signos y síntomas de la depresión post natal o post parto?	1	2	9																																										
la importancia de que el bebé duerma boca arriba?	1	2	9																																										

<p>8.22 Después del nacimiento de su último(a) hijo(a), ¿le proporcionaron un método anticonceptivo?</p>	<p>No..... 0 → Pasa a 8.24</p> <p>Sí, ¿en qué momento?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">a. Antes de salir del hospital.....</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td rowspan="4" style="width: 5%; vertical-align: middle;">} Pasa a 8.24</td> <td rowspan="4" style="width: 20%; text-align: center;">a0822</td> </tr> <tr> <td>b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Después del primer mes.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>d. No recuerda en qué momento.....</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>NS/NR</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	a. Antes de salir del hospital.....	1	} Pasa a 8.24	a0822	b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....	2	c. Después del primer mes.....	3	d. No recuerda en qué momento.....	8	NS/NR	9		
a. Antes de salir del hospital.....	1	} Pasa a 8.24	a0822												
b. Durante el primer mes después de haber salido del hospital.....	2														
c. Después del primer mes.....	3														
d. No recuerda en qué momento.....	8														
NS/NR	9														

<p>8.23 ¿Qué método anticonceptivo le proporcionaron?</p> <p style="text-align: center;">a0823 a0823esp</p>	<table style="width: 100%;"> <tr><td>Condón o preservativo masculino.....</td><td style="text-align: center;">01</td></tr> <tr><td>Condón femenino.....</td><td style="text-align: center;">02</td></tr> <tr><td>Pastillas o píldoras.....</td><td style="text-align: center;">03</td></tr> <tr><td>Inyecciones.....</td><td style="text-align: center;">04</td></tr> <tr><td>Parche anticonceptivo.....</td><td style="text-align: center;">05</td></tr> <tr><td>Dispositivo, DIU o aparato</td><td style="text-align: center;">06</td></tr> <tr><td>Implantes, tubos o norplant.....</td><td style="text-align: center;">07</td></tr> <tr><td>Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....</td><td style="text-align: center;">08</td></tr> <tr><td>Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....</td><td style="text-align: center;">09</td></tr> <tr><td>Operación masculina o vasectomía.....</td><td style="text-align: center;">10</td></tr> <tr><td>Otro</td><td style="text-align: center;">77</td></tr> <tr><td>No recuerda.....</td><td style="text-align: center;">88</td></tr> <tr><td>NS/NR.....</td><td style="text-align: center;">99</td></tr> </table>	Condón o preservativo masculino.....	01	Condón femenino.....	02	Pastillas o píldoras.....	03	Inyecciones.....	04	Parche anticonceptivo.....	05	Dispositivo, DIU o aparato	06	Implantes, tubos o norplant.....	07	Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	08	Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	09	Operación masculina o vasectomía.....	10	Otro	77	No recuerda.....	88	NS/NR.....	99
Condón o preservativo masculino.....	01																										
Condón femenino.....	02																										
Pastillas o píldoras.....	03																										
Inyecciones.....	04																										
Parche anticonceptivo.....	05																										
Dispositivo, DIU o aparato	06																										
Implantes, tubos o norplant.....	07																										
Óvulos, jaleas, espuma o diafragma.....	08																										
Operación femenina, OTB o ligadura de trompas.....	09																										
Operación masculina o vasectomía.....	10																										
Otro	77																										
No recuerda.....	88																										
NS/NR.....	99																										

8.24 Sin decirme el resultado, en los últimos 12 meses ¿le hicieron una prueba para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a0824</div>	No 0 → Pasa a sección IX Sí..... 1 No recuerda..... 8 } Pasa a sección IX No responde..... 9
8.25 Sin decirme el resultados de la prueba ¿lo recibió?	Sí..... 1 No..... 2 NS/NR..... 9 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">a0825</div>

IX. VACUNACION ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

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

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

9.1 ¿Me puede mostrar su Cartilla Nacional de Salud (Hombre o Mujer de 20 a 59 años), el documento probatorio o comprobante en el que le registran las vacunas que le han aplicado?

REVISY SELECCIONA UN CÓDIGO

- Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud (Hombres o Mujeres de 20 a 59 años), y tiene información.....1 } Pasa a 9.9
Tiene documento probatorio o comprobante.....2 }
Sí la tiene, pero no la mostró.....3
No tiene cartilla.....4
Sí mostró la cartilla, pero no tiene información5 } Pasa a 9.3

a0901

9.2 ¿Por qué no tiene la cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

- No se la han dado.....1
La extravió.....2
No le han dado la reposición.....3
No la tiene disponible en este momento.....4
Vivienda afectada por sismo u otro desastre Natural..... 5
Otra.....6
No sabe.....9 } Pasa a filtro antes de 9.4

a0902

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

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

a0903

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

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

<p>9.4 Desde sus 20 años de edad, ¿le han aplicado la vacuna contra el Sarampión y la Rubéola (SR)? (para personas entre 20 a 39 años)</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 NO.....2 } Pasa a 9.6 No sabe / No recuerda.....9</p>	<p>9.5 ¿Cuántas veces se la han aplicado?</p> <p style="text-align: center;">ANOTA NÚMERO</p> <p>Número __ a0904 No sabe / No recuerda.....9</p>
<p>9.6 En los últimos 10 años, ¿le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 NO.....2 } Pasa a 9.8 No sabe / No recuerda.....9</p>	<p>9.7 ¿Cuántas veces se la han aplicado?</p> <p style="text-align: center;">ANOTA NÚMERO</p> <p>Número __ a0997 No sabe / No recuerda.....9</p>
<p>9.8 A partir de septiembre del año pasado y hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la Influenza?</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 NO.....2 } Pasa a sección X No sabe / No recuerda.....9</p>	

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

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

VACUNA	DOSIS		EDAD	A)	B)		
				DOSIS Sí1 NO2	Fecha de aplicación		
					Día	Mes	Año
9.9 Sarampión y Rubéola (SR) (Los que no han sido vacunados o tienen esquema incompleto, hasta los 39 años de edad)	Sin antecedente vacunal	Primera	Al primer contacto	a09091a	a09091bd		
		Segunda	4 semanas después de la primera	a09092a	a09092bd		
	Con esquema incompleto	Dosis única	Al primer contacto	a09093a	a09093bd		
9.10 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años	a09094a	a09094bd		
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial	a09101a	a09101bd		
		Segunda	1 mes después de la primera dosis	a09102a	a09102bd		
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis	a09103a	a09103bd		
9.11 Tdpa	Única		A partir de la semana 20 del embarazo	a0911a	a0911bd		
9.12 Influenza Estacional (De septiembre de 2021 a la fecha)	Personas con factores de riesgo		Anual	a09121a	a09121bd		
	Embarazadas	Única	Cualquier trimestre del embarazo	a09122a	a09122bd		
9.13 Otras Vacunas Anota textual el nombre como aparece en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante	a09131nom		a09131ed	a09131a	a09131bd		
	a09132nom		a09132ed	a09132a	a09132bd		
	a09133nom		a09133ed	a09133a	a09133bd		
	a09134nom		a09134ed	a09134a	a09134bd		
	a09135nom		a09135ed	a09135a	a09135bd		

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS

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

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

REVISA Y SELECCIONA UN CÓDIGO

Sí mostró la Cartilla Nacional de Salud

(Adultos mayores de 60 años o más), y tiene información.....1 } Pasa a 9.22

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

Sí la tiene, pero no la mostró.....3

No tiene cartilla.....4

Sí mostró la Cartilla, pero no tiene información5 } Pasa a 9.16

a0914

9.15 ¿Por qué no tiene la cartilla?

SELECCIONA UN CÓDIGO

No se la han dado.....1

La extravió.....2

No le han dado la reposición.....3

No la tiene disponible en este momento.....4

Vivienda afectada por sismo u otro

desastre natural.....5

Otra.....6

No sabe.....9

Pasa a 9.17

a0915

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

SELECCIONA UN CÓDIGO

No se ha vacunado1 → Pasa a Sección X

Se vacunó, tiene documento probatorio o comprobante, pero no lo mostró.....2

No sabe.....9

a0916

PARA ADULTOS DE 60 AÑOS O MÁS QUE NO MOSTRARON CARTILLA NACIONAL DE SALUD O DOCUMENTO PROBATORIO

9.17 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Neumococo?

SELECCIONA UN CÓDIGO

a0917

Sí.....1

NO.....2

No sabe / No recuerda.....9

Pasa a 9.19

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

ANOTA NÚMERO

a0918

Número |__|

No sabe / No recuerda.....9

<p>9.19 ¿Le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 20px;">a0919</div> <p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>No sabe / No recuerda.....9</p> <p style="margin-left: 150px;">} Pasa a 9.21</p>	<p>9.20 ¿Cuántas veces se le han aplicado la vacuna contra el Tétanos?</p> <p>ANOTA NÚMERO</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 20px;">a0920</div> <p>Número ___ </p> <p>No sabe / No recuerda.....9</p>
<p>9.21 A partir de septiembre del año pasado y hasta el día de hoy, ¿le han aplicado la vacuna contra la Influenza?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 20px;">a0921</div> <p>SÍ.....1</p> <p>NO.....2</p> <p>No sabe / No recuerda.....9</p> <p style="margin-left: 150px;">} Pasa a sección X</p>	

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

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

VACUNA	DOSIS		EDAD	A) DOSIS	B) Fecha de aplicación		
				SÍ..... 1 NO.... 2	Día	Mes	Año
9.22 Neumocócica Polisacárida (Neumonía por neumococo)	Única		A partir de los 65 años	a09221a	a09221bd		
	Personas con factores de riesgo	Dosis Inicial	60 a 64 años de edad	a09222a	a09222bd		
		Revacunación Única	Cinco años después de la dosis inicial	a09223a	a09223bd		
9.23 Td (Tétanos y Difteria)	Con esquema completo	Refuerzo	Cada 10 años	a09231a	a09231bd		
	Con esquema incompleto o no documentado	Primera	Dosis inicial	a09232a	a09232bd		
		Segunda	1 mes después de la primera dosis	a09233a	a09233bd		
		Tercera	12 meses posteriores a la primera dosis	a09234a	a09234bd		
9.24 Influenza Estacional (De septiembre de 2021 a la fecha)	Una dosis		Anual				
9.25 Otras Vacunas Anota textual el nombre como aparece en la Cartilla o el Documento probatorio o comprobante	a09131nom		a09131ed	a09131a	a09131bd		
	a09132nom		a09132ed	a09132a	a09132bd		
	a09133nom		a09133ed	a09133a	a09133bd		
	a09134nom		a09134ed	a09134a	a09134bd		
	a09135nom		a09135ed	a09135a	a09135bd		

X. PROGRAMAS PREVENTIVOS

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

<p>10.1 Durante los últimos 12 meses, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para que le realizaran...</p> <p>SI EL INFORMANTE ES HOMBRE, INICIA EN EL INCISO f</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA OPCIÓN</p> <p>1 → Sí Aplica de 10.2 a 10.7</p> <p>2 → NO Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 IMSS 2 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 3. ISSSTE, ISSSTE Estatal 4. Centro de Salud u Hospital de la SSA/Instituto Nacional de Salud 5 PEMEX, Defensa, Marina o DIF 6 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico 7 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios 8 Consultorio en domicilio particular de médico privado 9 Otra (especifique) 10 No sabe</p>	<p>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</p> <p>SELECCION A UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí 2 NO</p>	<p>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí 2 NO</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 Positivo 2 Bien o Negativo 8 No responde 9 No sabe</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.6 ¿Recibió tratamiento?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p> <p>2NO</p>	<p>10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra 99 No sabe</p>
--	---	---	--	---	---	--

PARA MUJERES DE 20 AÑOS Y MÁS

<p>a) prueba de papanicolaou? a1001a (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)</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>a1002a</p> <p>____</p> <p>a1002ae</p>	<p>a1003a</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1004a</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1005a</p> <p>____</p>	<p>a1006a</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1007a</p> <p>a1007ae</p> <p>____</p>
<p>b) prueba del virus del papiloma? (El personal de salud o usted misma introduce un cepillo pequeño para frotar el cuello de su matriz / útero y lo coloca en un tubo con un líquido especial. Este tubo se manda a un laboratorio).</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>a1002b</p> <p>____</p> <p>a1002be</p>	<p>a1003b</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1004b</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1005b</p> <p>____</p>	<p>a1006b</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1007b</p> <p>a1007be</p> <p>____</p>
<p>c) exploración clínica de los senos? (El médico o enfermera palpa los senos, para identificar cambios de coloración o de temperatura, engrosamiento de la piel o la presencia de bolitas muy duras o dolorosas)</p>	<p>1</p> <p>2</p>	<p>a1002c</p> <p>____</p> <p>a1002ce</p>	<p>a1003c</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1004c</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1005c</p> <p>____</p>	<p>a1006c</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1007c</p> <p>a1007ce</p> <p>____</p>

PARA MUJERES DE 40 a 69 AÑOS

<p>d) detección de cáncer de mama? (Mastografía) Se trata de una radiografía de sus senos.</p> <p>MUESTRA TARJETA</p>	<p>a1001d</p>	<p>a1002d</p> <p>____</p> <p>a1002de</p>	<p>a1003d</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>a1004d</p>	<p>____</p> <p>a1005d</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>a1006d</p>	<p>____</p> <p>a1007d</p> <p>a1007de</p>
---	---------------	--	--	--	----------------------------------	--	--

PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS

<p>f) detección de sobrepeso u obesidad? a1001f</p>		<p>____</p> <p>a1002f</p> <p>a1002fe</p>	<p>a1003f</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p> <p>a1004f</p>	<p>____</p> <p>a1005f</p>	<p>a1006f</p> <p>SÍ 1</p> <p>NO 2</p>	<p>a1007f</p> <p>a1007fe</p>
--	--	--	--	--	----------------------------------	--	--

<p>10.1 Durante los últimos 12 meses, ¿acudió al módulo de medicina preventiva para que le realizaran...</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO EN CADA</p> <p>1 → Sí Aplica de 10.2 a 10.7</p> <p>2 → NO Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.2 ¿En qué institución le dieron el servicio?</p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 IMSS 2 IMSS Bienestar (antes Oportunidades) 3.ISSSTE, ISSSTE Estatal 4.Centro de Salud u Hospital de la SSA/Instituto Nacional de Salud 5 PEMEX, Defensa, Marina o DIF 6 Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico 7 Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios 8 Consultorio en domicilio particular de médico privado 9 Otra (especifique) 10 No sabe</p>	<p>10.3 ¿Presentaba algún síntoma por el que le realizaron la prueba de detección?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí 2 NO</p>	<p>10.4 ¿Le entregaron el resultado del estudio?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí 2 NO</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.5 ¿Qué diagnóstico le dieron?</p> <p>ANOTA UN CÓDIGO</p> <p>1 Positivo 2 Bien o Negativo 8 No responde 9 No sabe</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.6 ¿Recibió tratamiento?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>1 Sí 2 NO</p> <p>Pasa a siguiente prueba de detección</p>	<p>10.7 ¿Cuál es la causa por la que no recibió tratamiento?</p> <p>SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>01 No hay dónde atenderse 02 Es caro 03 No tenía dinero 04 La unidad médica le queda lejos 05 Falta de confianza 06 Tratan mal 07 No tuvo tiempo 08 Fue, pero no lo(a) atendieron 09 Otra 99 No sabe</p>
--	---	--	--	---	---	---

PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 3.1 =1 (DIABETES) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO

<p>g) detección de diabetes? (prueba del azúcar)</p> <p>a1001g</p>	<p>1 2</p>	<p>a1002g a1002ge</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1003g</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1004g</p>	<p>1 a1005g</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1006g</p>	<p>1 a1007g a1007ge</p>
---	----------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------

PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 4.1 =1 (PRESIÓN ALTA) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO

<p>h) detección de hipertensión? (toma de presión arterial)</p> <p>a1001h</p>	<p>1 2</p>	<p>1 a1002h a1002he</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1003h</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1004h</p>	<p>1 a1005h</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1006h</p>	<p>1 a1007h a1007he</p>
--	----------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------

PARA MUJERES Y HOMBRES 20 AÑOS Y MÁS ENTREVISTADOR: Si 6.4 o 6.6 =1 (COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS) PASA AL SIGUIENTE PROGRAMA PREVENTIVO

<p>i) detección de colesterol o triglicéridos altos (examen de sangre)?</p> <p>a1001i</p>		<p>a1002i a1002ie</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1003i</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1004i</p>	<p>1 a1005i</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1006i</p>	<p>1 a1007i a1007ie</p>
--	--	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------

PARA HOMBRES DE 40 AÑOS Y MÁS

<p>j) detección de cáncer de próstata (análisis de sangre para detectar antígenos prostáticos)?</p> <p>a1001j</p>		<p>1 a1002j a1002je</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1003j</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1004j</p>	<p>1 a1005j</p>	<p>SÍ 1 NO 2 a1006j</p>	<p>1 a1007j a1007je</p>
--	--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------

XI. ACCIDENTES

11.1 ¿Sufrió usted algún daño a su salud a causa de un accidente en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde.....8 No sabe.....9	} → Pasa a sección XII	[] a1101
11.2 ¿Cómo fue que se accidentó? REVISE EL LISTADO DE EJEMPLOS PARA SELECCIONAR EL CÓDIGO	Choque entre vehículos de 4 o más ruedas.....01 → Pasa a 11.3 Choque en motocicleta.....02 } Pasa a 11.4 Choque o atropellamiento como ciclista.....03 } Atropellado(a) como peatón.....04 Otros accidentes de transporte: avión, tren, lancha.....05 → Pasa a 11.3 Caída a nivel de piso.....06 Golpe con objeto, equipo o maquinaria.....07 Caída de un nivel a otro: silla, escalera etc.....08 Golpe, rasguño o mordida de persona o animal (caballo, perro etc.).....09 Exposición a corriente eléctrica, radiación10 Códigos: Exposición a humo o fuego.....11 4, 6 A 18 Contacto con superficies o sustancias calientes (quemaduras).....12 Pasa a 11.5 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,.....16 Otros accidentes que obstruyen la respiración: objeto extraño, alimento.....17 Pasa a sección XII Exposición accidental a otros factores.....18 NS/NR.....99	[] [] a1102 [] []	
11.3 ¿Llevaba puesto el cinturón?	Sí.....1 No.....2	} → Pasa a 11.5	[] a1103
11.4 ¿Llevaba puesto el casco?	Sí.....1 No.....2		[] a1104
11.5 ¿En qué lugar se encontraba cuando ocurrió el accidente?	Hogar.....01 Escuela.....02 Trabajo.....03 Vía pública.....04 Campo.....05 Antro, bar.....06 Centro recreativo o deportivo.....07 Establecimiento comercial.....08 Otro.....77 NS/NR.....99		[] [] a1105 a1105e [] []

<p>12.3 ¿Cuál fue el principal motivo?</p> <p>ANOTA LA OPCIÓN MÁS IMPORTANTE</p>	<p>Robo o asalto..... 01</p> <p>Incidente de tránsito..... 02</p> <p>Riña con desconocidos..... 03</p> <p>Riña con conocidos..... 04</p> <p>Secuestro..... 05</p> <p>Detención..... 06</p> <p>Violencia con familiares..... 10</p> <p>Violencia por novio(a) / pareja / esposo(a)..... 11</p> <p>Intento de Homicidio..... 12</p> <p>Otro (especifique)..... 77</p> <p>NS/NR..... 99</p>	<p style="text-align: center;">a1203 a1203e</p>
<p>12.4 ¿En qué lugar ocurrió el ataque o violencia?</p>	<p>Hogar..... 01</p> <p>Escuela..... 02</p> <p>Trabajo..... 03</p> <p>Transporte público..... 04</p> <p>Vía pública..... 05</p> <p>Campo..... 06</p> <p>Centro recreativo o deportivo..... 07</p> <p>Antro, bar..... 08</p> <p>Establecimiento comercial..... 09</p> <p>Otro (especifique)..... 77</p> <p>NS/NR..... 99</p>	<p style="text-align: center;">a1204 a1204e</p>
<p>12.6 ¿En qué institución lo(a) atendieron cuando ocurrió el ataque o agresión?</p> <p style="text-align: center;">SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <p>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)..... 01</p> <p>IMSS Bienestar (antes Oportunidades)..... 02 __ __ </p> <p>ISSSTE/ISSSTE Estatal..... 03</p> <p>Centro de Salud u Hospital de la SSA/ Instituto Nacional de Salud..... 04</p> <p>PEMEX, Defensa, Marina o DIF..... 05</p> <p>Consultorios pertenecientes a farmacia/Farmacias con consultorio médico..... 06</p> <p>Atención privada en el domicilio o vía remota, médico de la empresa, homeópata, Cruz Verde, Cruz Roja, ONG, dispensarios..... 07</p> <p>Consultorio en domicilio particular de médico privado..... 08</p> <p>Otro (especifique)..... 09</p> <p>No sabe / No recuerda..... 10</p> <p>No se atendió..... 111</p>		
<p>12.7 Cuando sufrió el ataque o violencia ¿estaba usted bajo los efectos de ...</p>	<p>alcohol?.....1</p> <p>drogas?.....2</p> <p>ambos?.....3</p> <p>Otro (especifique).....7</p> <p>No estaba bajo efectos de alcohol o drogas.....8</p> <p>NS/NR.....9</p>	<p style="text-align: center;">a1207 a1207e</p>
<p>12.8 ¿Qué problema de salud permanente le ocasionó el ataque o violencia?</p>	<p>Ningún problema..... 1</p> <p>Limitación o dificultad para moverse o caminar (o lo hace con ayuda)..... 2</p> <p>Limitación o dificultad para usar sus brazos y manos..... 3</p> <p>Dificultad para oír..... 4</p> <p>Dificultad para hablar..... 5</p> <p>Dificultad para ver o ceguera..... 6</p> <p>Otra limitación física o mental (especifique)..... 7</p> <p>NS/NR..... 9</p>	<p style="text-align: center;">a1208 a1208e</p>

12.9 ¿Quién fue la persona que le atacó?	Pareja1 Familiar2 Amigo(a)3 Novio(a)4 Vecino(a) u otro(a) conocido(a) 5 Desconocido(a) 6 Policía..... 7 No responde.....9	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1209</div>
12.10 ¿A lo largo de su vida, alguien le manoseó, tocó o acarició alguna parte de su cuerpo o tuvo relaciones sexuales con usted cuando era muy pequeño/a?	Sí, antes de los 12 años.....1 Sí, cuando tenía 12 años o más.....2 No, nunca.....3 No recuerda.....8 No responde.....9	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1210</div>
12.11 ¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?	Sí.....1 No.....2 No responde 9 } Pasa a 12.13	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1211</div>
12.12 ¿Con qué frecuencia lo ha pensado?	Siempre o muy frecuentemente1 Casi siempre2 Algunas veces3 Rara vez4 No responde9	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1212</div>
12.13 ¿Alguna vez a propósito se ha herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida?	Sí, una vez.....1 Sí, 2 ó más veces.....2 Nunca.....3 → Pasa a Sección XIII	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1213</div>
12.14 ¿Esto fue en los últimos 12 meses?	Sí.....1 No.....2 No responde9	 <input type="text"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">a1214</div>

XIII. FACTORES DE RIESGO

TABACO Y ALCOHOL																					
Le haré unas preguntas sobre consumo de tabaco y alcohol																					
13.1 Actualmente, ¿fuma tabaco...	<p style="text-align: center;">LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">todos los días?.....</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">→</td> <td style="width: 10%;">Pasa a 13.2</td> <td style="width: 5%; text-align: right;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>algunos días?.....</td> <td>2</td> <td>→</td> <td>Pasa a 13.4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>no fuma actualmente?.....</td> <td>3</td> <td>→</td> <td>Pasa a 13.5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> <td>→</td> <td>Pasa a 13.7</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">a1301</div>	todos los días?.....	1	→	Pasa a 13.2	<input type="text"/>	algunos días?.....	2	→	Pasa a 13.4		no fuma actualmente?.....	3	→	Pasa a 13.5		No responde.....	9	→	Pasa a 13.7	
todos los días?.....	1	→	Pasa a 13.2	<input type="text"/>																	
algunos días?.....	2	→	Pasa a 13.4																		
no fuma actualmente?.....	3	→	Pasa a 13.5																		
No responde.....	9	→	Pasa a 13.7																		
13.2 ¿A qué edad comenzó a fumar productos del tabaco todos los días? SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 1	<p style="text-align: center;">ANOTA NÚMERO</p> <p style="text-align: center;">Edad <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Antes de los 12 años.....</td> <td style="width: 5%;">97</td> </tr> <tr> <td>Entre los 13 y 19 años.....</td> <td>98</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">Cualquier respuesta pasa a 13.3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;">a1302</div>	Antes de los 12 años.....	97	Entre los 13 y 19 años.....	98																
Antes de los 12 años.....	97																				
Entre los 13 y 19 años.....	98																				

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

SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 1

a1303

ANOTA NÚMERO

Cigarros por día | | |

Cualquier respuesta pasa a 13.7

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

SOLO AQUELLOS QUE EN 13.1 = 2

a1304

ANOTA NÚMERO

Cigarros por semana | | |

Cualquier respuesta pasa a 13.7

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

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

a1305

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

13.6 ¿Hace cuánto tiempo dejó definitivamente de fumar?

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

Tiempo

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

**a1306p
a1306t**

Cualquier respuesta pasa a 13.7

13.7 Los cigarros electrónicos son productos que utilizan baterías u otros métodos para producir un vapor que puede contener nicotina. Se conocen como “e-cigarrete”, “Vape-pen”, “e-shisha” y “e-pipes”

(Muestra Tarjeta con imagen)

¿Actualmente consume cigarros electrónicos ...

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

LEE Y SELECCIONA UN CÓDIGO

a1307

**13.8 En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia tomó al menos una copa ya sea de vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida que contenga alcohol?
Con copa nos referimos por ejemplo a una botella, lata o vaso de cerveza, palomas o coolers, una copa de vino o licor, un caballito de tequila o mezcal, un vaso de brandy, ron o whisky, o un jarrito o vaso de pulque.**

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

MUESTRA TARJETA

- | | | |
|---|---|--|
| Diario..... | 1 | } Pasa a 13.9 (Hombre) o 13.10 (Mujer) |
| Semanal..... | 2 | |
| Mensual..... | 3 | |
| Anual..... | 4 | |
| No ha consumido en los últimos 12 meses ... | 5 | } Pasa a sección XIV |
| Nunca ha consumido..... | 6 | |
| No responde..... | 9 | |

a1308

SI ES HOMBRE, PREGUNTA:

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

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

SI ES MUJER, PREGUNTA:

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

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

SELECCIONA UN CÓDIGO. PERMITA QUE LA RESPUESTA SEA ESPONTÁNEA

Diario.....	1	} → Pasa a 13.11 (Hombre) o 13.12 (Mujer)	a1309
Semanal.....	2		
Mensual.....	3		
7 a 11 veces al año.....	4		
1 a 6 veces al año.....	5		
No en los últimos 12 meses.....	6	→ Pasa a sección XIV	
No responde.....	9		

SI ES HOMBRE:

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

Sí.....	1	a1310
No.....	2	
No responde.....	9	

SI ES MUJER:

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

Sí.....	1	a1312
No.....	2	
No responde.....	9	

XIV. FUNCIONAMIENTO

<p>14.1 ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Incluya el uso de anteojos para leer.</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">a1401</div>
<p>14.2 ¿Usa una prótesis auditiva?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">a1402</div>

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

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

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

<p>14.3A Cuando usa anteojos o lentes de contacto, ¿tiene dificultad para ver?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible ver4</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> <p>a1403A a1403B</p> </div>
<p>14.3B ¿Tiene dificultades para ver?</p>		

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

<p>14.4A Cuando usa su(s) prótesis auditiva(s), ¿tiene dificultad para oír?</p> <p>14.4B ¿Tiene dificultades para oír?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible oír.....4</p>	<p>[]</p> <p>a1404a a1404b</p>
<p>14.5 ¿Tiene dificultad para caminar o subir escalones?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible caminar o subir escalones.....4</p>	<p>[]</p> <p>a1405</p>
<p>14.6 ¿Tiene dificultad para recordar o concentrarse?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible recordar o concentrarse.....4</p>	<p>[]</p> <p>a1406</p>
<p>14.7 ¿Tiene dificultad para el cuidado propio, tal como lavarse todo el cuerpo o vestirse?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3 Le resulta imposible encargarse de su autocuidado.....4</p>	<p>[]</p> <p>a1407</p>
<p>14.8 Usando su idioma habitual, ¿tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, entender a otros o hacerse entender?</p>	<p>Ninguna dificultad1 Cierta dificultad2 Mucha dificultad3</p>	<p>[]</p> <p>a1408</p>