



**1.6 Falleció: Grabe información del encuestado y su deceso (Y acuerde una visita para los encuestadores de mortalidad)**

**Fecha aproximada de nacimiento:** Día / Mes / Año   /   /

No sabe/No responde

**Fecha aproximada de deceso:** Día / Mes / Año   /   /

No sabe/No responde

**(Deje el día o el mes o el año en blanco si no está seguro)**

**Lugar del deceso:** ..... o  No sabe/No responde

**Causa del deceso:** ..... o  No sabe/No responde

**(Si sabe: describa su mejor estimado de lo que el informante pueda decirle y diga que un doctor pudiera venir más tarde por más detalles acerca del deceso)**

→ Ir a **Sección 9**

## Sección 2: Información Antecedente de la persona en la Sección 0

2.1 Fecha de nacimiento  /  /

2.2 ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero  Divorciado  Unión libre   
Separado  Casado  Viudo   
No sabe/No responde

2.3 ¿Sabe usted leer y escribir?

- Analfabeta  Sabe leer solamente  Sabe leer y escribir

[Si es analfabeta, ir a pregunta 2.5]

2.4 ¿Cuál su último grado de estudios?

- Primaria incompleta  Primaria completa  Estudios técnicos con primaria   
terminada  
Secundaria incompleta  Secundaria completa  Estudios técnicos con   
secundaria terminada  
Bachillerato  Estudios técnicos con  Profesional incompleto   
bachillerato terminado  
Profesional  Posgrado  No sabe/No responde

2.5 ¿Es jubilado?

- Si  
 No  
 No sabe/No responde

2.6 ¿Cuál es su ocupación principal? (o su ocupación principal previa si ya está retirado)

- Profesionista  Obrero o artesano   
Trabajador en la industria de la construcción  Técnico   
Ayudantes y similares  Operador de vehículos de transporte   
Trabajadores de la educación  Empleado del Sector Público   
Estudiante  Trabajadores del arte   
Empleado del Sector Privado  Hogar   
Funcionario, directivo, patrón o empresario  Trabajador en servicios personales, excepto   
domésticos

- |                                   |                          |                              |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Comerciante o dependiente         | <input type="checkbox"/> | Trabajador doméstico         | <input type="checkbox"/> |
| Vendedor sin establecimiento fijo | <input type="checkbox"/> | Policía/guardia de seguridad | <input type="checkbox"/> |
| Rentista                          | <input type="checkbox"/> | Desempleado                  | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No responde               | <input type="checkbox"/> |                              |                          |

**2.7 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (incluya cualquier salario, pensión o beneficio)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesos al mes o  No sabe/No responde

**2.8 Aproximadamente, ¿Cuánto dinero su familia gana al mes en esta casa?**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesos al mes o  No sabe/No responde

**2.9 ¿De cuál servicio de salud es usuario?**

- |                     |                          |       |                          |                |                          |                |                          |
|---------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| SSA                 | <input type="checkbox"/> | IMSS  | <input type="checkbox"/> | ISSSTE         | <input type="checkbox"/> | SEDENA         | <input type="checkbox"/> |
| SECMAR              | <input type="checkbox"/> | PEMEX | <input type="checkbox"/> | INI            | <input type="checkbox"/> | Médico privado | <input type="checkbox"/> |
| Dispensario médico  | <input type="checkbox"/> | Otro  | <input type="checkbox"/> | Seguro Popular | <input type="checkbox"/> | Ninguno        | <input type="checkbox"/> |
| No sabe/No responde | <input type="checkbox"/> |       |                          |                |                          |                |                          |

## Sección 3: Estilo de vida

### ACTIVIDAD FÍSICA

3.1 ¿ Realiza algún ejercicio o deporte?

- Sí  
 No → *Si digitó, Ir a 3.4*  
 No sabe/No responde → *Si digitó, Ir a 3.4*

3.2 ¿Cuántas veces a la semana realiza el ejercicio?

- Días  No sabe/No responde

3.3 Cuando usted hace ejercicio, ¿durante cuántos minutos lo hace?

- Minutos  No sabe/No responde

3.4 ¿Cuántas horas al día normalmente, permanece usted de pie?

- Horas  No sabe/No responde

3.5 ¿Cuántos días de la semana usted camina por 10 minutos o más?

- Días  No sabe/No responde

[Si responde 0 a la pregunta 3.5, entonces ir a pregunta 3.7]

3.6 ¿Cuánto tiempo (horas) camina usted en esos días?

- Horas  No sabe/No responde

---

### HABITOS DE SUEÑO

3.7 ¿Cuántas horas duerme cada día?

- horas  No sabe/No responde

---

### CONSUMO DE TABACO

3.8 ¿ Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?

- Sí  
 No → *Si digitó, Ir a 3.21*  
 No sabe/No responde → *Si digitó, Ir a 3.21*

**3.9 ¿ A qué edad empezó usted a fumar regularmente?**

Años  No sabe/No responde

**3.10 ¿ Fuma usted actualmente?**

- Si  
 No → *Si digitó, Ir a 3.17*  
 No sabe/No responde → *Si digitó, Ir a 3.21*
- 

**3.11 FUMADORES: ¿Aproximadamente cuántos días a la semana usted fuma?**

Días  No sabe/No responde

**3.12 FUMADORES: Los días que usted fuma, ¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio al día?**

Cigarrillos  No sabe/No responde

**3.13 FUMADORES: Cuando fuma, ¿"dá el golpe"?**

- No (humo en la boca solamente)  
 Si (boca y garganta solamente)  
 Si (inhala profundamente)  
 No sabe/No responde

**3.14 FUMADORES: ¿Alguna vez ha tratado de dejar de fumar?**

- Si  
 No  
 No sabe/No responde

**3.15 FUMADORES: ¿Desea usted dejar de fumar en algún momento en su futuro inmediato?**

- Si  
 No  
 No sabe/No responde

**3.16 FUMADORES: ¿Cuántos cigarrillos ha usted fumado hoy?**

cigarrillos

 No sabe/No responde**→ ir a 3.21****3.17 EX-FUMADORES: ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar, la última vez que lo dejó?**

Años

o

 No sabe/No responde**3.18 EX-FUMADORES: ¿Que edad tenía usted la última vez que dejó de fumar?**

Años de edad

o

 No sabe/No responde**3.18b EX-FUMADORES: ¿Dejo de fumar por haber enfermado?**

Si

No

No sabe/No responde

**3.19 EX-FUMADORES: ¿Cuántos días a la semana solía usted fumar?**

Días

o

 No sabe/No responde**3.20 EX-FUMADORES: Los días que fumaba, ¿Cuántos cigarrillos fumaba en promedio al día?**

cigarrillos

o

 No sabe/No responde

---

**3.21 De las personas que viven con usted, ¿cuántas fuman dentro de la vivienda?**

personas

o

 No sabe/No responde

---

**CONSUMO DE ALCOHOL****3.22 ¿Ha tomado usted alguna bebida alcoholica este año?**

Si

No

No sabe/No responde

**3.23 ¿Qué tan seguido tomó alguna bebida que contenga alcohol?**

Días a la semana

o

 menos frecuentemente

o

 tomaba alcohol pero ya no**→ Si digitó, Ir a 3.29**

o

 Nunca ha tomado alcohol → Si digitó, Ir a Sección 4

o

 No sabe/No responde → Si digitó, Ir a Sección 4

---

**3.24 BEBEDOR ACTUALMENTE: Cuando toma, ¿Cuántas copas o vasos toma usted**

**en una sola ocasión?, (esto es, cualquier combinación de cerveza, vino, ron, etc.)**

Copas por ocasión

o

No sabe/No responde

**3.25 BEBEDOR ACTUALMENTE: ¿Cuál es la bebida que consume o ha consumido con mayor frecuencia?**

- Cerveza
- Vino
- Licor (vgr, Brandy, whiskey, tequila o ron)
- Pulque
- Cooler
- Alcohol puro
- Otra bebida alcohólica
- No sabe/No responde

**3.26 BEBEDOR ACTUALMENTE: ¿Ha reducido la cantidad de alcohol que bebe debido a que esté usted enfermo actualmente?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**3.27 BEBEDOR ACTUALMENTE: Consume alcohol sobre todo cuando consume alimentos, o en otras ocasiones?**

- Principalmente con los alimentos
- Principalmente no con los alimentos
- Sin un patrón regular
- No sabe/No responde

**3.28 BEBEDOR ACTUALMENTE: Durante el último mes, ¿qué tan seguido consumió bebidas alcohólicas en la mañana?**

- Nunca
- <1 día a la semana
- Algunos Días a la semana
- Diario o Casi diario
- No sabe/No responde



→ Ir a Sección 4

---

**3.29 EX-BEBEDORES: ¿Dejó de beber debido a que usted enfermó?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

## Sección 4: Enfermedades previas

4.1 Alguna vez le han diagnosticado a usted alguna de las siguientes enfermedades?  
(Digite todas las que tenga y dígame ¿En qué año fue usted diagnosticado?)

	Si	No	No sabe/No responde	Año diagnosticado
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Infarto cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Embolia, Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Cirrosis hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
<b><u>(Sitio del cáncer; si la respuesta a "Algún cáncer" es "Si")</u></b>				
Pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Próstata <b><u>(solo si 0.3="masculino")</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Cuello uterino <b><u>(solo si 0.3="femenino")</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Mama <b><u>(solo si 0.3="femenino")</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Esófago, estómago, intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Oral, nasal, o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□
Otro cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□

**[Si Infarto cardiaco, Angina de pecho, Embolia o Derrame cerebral fue digitado "Si", ir a 4.2.1]:**

4.2.1 Toma usted medicinas por su Infarto cardiaco, Angina de pecho, Embolia o Derrame cerebral?

Si                       No                       No sabe/No responde

**Nombres de las medicinas (en caso de que: Si arriba)**

1. ....

2. ....

3. .... etc.

**[Si cáncer de mama es digitado "Si", entonces ir a 4.3.1 y 4.3.2]:**

**4.3.1 Está tomando tamoxifen (o Nolvadex)?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.3.2 Está tomando un inhibidor de la aromatasas (vgr: Arimidex)?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.3.3 Tiene positivo el receptor para la hormona de cancer de mama (HER+)?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**[Si diabetes es digitado "Sí" in 4.1 entonces ir a 4.4.1 to 4.4.9]:**

**4.4.1 ¿Se le diagnosticó diabetes durante el embarazo solamente? (solo se pregunta si la entrevistada es mujer)**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.4.2 ¿Cuántas veces y con qué frecuencia acude al médico para controlar su diabetes?**

- Diario
- Semanalmente
- Mensualmente
- Algunas veces al año
- Una vez al año
- Nunca
- No sabe/No responde

**4.4.3 ¿Cómo controla usted su diabetes?**

- Solo Insulina

- Solo Píldoras
- Ambos. Insulina y Píldoras
- Ni insulina ni Píldoras
- No sabe/No responde

**4.4.4 ¿Qué medicamento toma usted para controlar su diabetes?**

1. ....
2. ....
3. ....
4. etc...

**4.4.5 ¿ha sufrido daño en la retina? O ¿ha perdido la vista?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.4.6 ¿sufrió de un coma diabético?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.4.7 ¿le han amputado alguna parte del cuerpo?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.4.8 ¿Alguna vez recibió diálisis?**

- Si, pero no en este momento
- Si, actualmente
- No
- No sabe/No responde

**4.4.9 ¿Alguna vez lo han sometido a un transplante de riñón?**

- Si
- No
- No sabe/No responde

**4.5 Mini mental state questionnaire (asked to all participants)**

**4.5.1 ¿En qué año estamos?**

**4.5.2 ¿En qué estación estamos?**

**4.5.3 ¿En qué fecha estamos?**

**4.5.4 ¿En qué día estamos?**

**4.5.5 ¿En qué mes estamos?**

**4.5.6 ¿En qué país estamos?**

**4.5.7 ¿En qué ciudad estamos?**

**4.5.8 ¿En qué delegación estamos?**

**4.5.9 ¿En qué calle estamos?**

**4.5.10 ¿En qué número de vivienda estamos?**

**4.5.11 Nombre tres objetos a intervalos de un segundo y después pregúntele al entrevistado los tres.**

**4.5.12 Deletree “mundo” al revés.**

**4.5.13 Recuerde los tres objetos aprendidos en la pregunta 4.5.11**

**4.5.14 Señale un lápiz y un reloj. Haga que el entrevistado los nombre cuando los señale.**

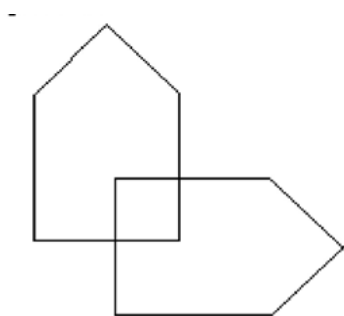
**4.5.15 Haga que el entrevistado repita “Ni si, ni no, ni peros”**

**4.5.16 Pídale al entrevistado que tome un papel con su mano derecha, lo doble por la mitad y lo ponga en el suelo.**

**4.5.17 Pídale al entrevistado que lea y obedezca la siguiente frase “Cierre los ojos”**

**4.5.18 Haga que el entrevistado escriba una frase (la que sea).**

**4.5.19 Haga que el entrevistado copie en la pantalla de la tablet el siguiente dibujo.**



## Sección 4.6: CUESTIONARIO DE OSTEOPORÓISIS Y FRACTURA SIMPLE

[Debe aplicarse a todos los participantes].

### 4.6.1 ¿En alguna ocasión ha sufrido alguna fractura?

- Sí
- No → Ir a 4.6.5
- No sabe/No responde → Ir a 4.6.5

### 4.6.2 ¿Cuántas fracturas ha experimentado?

- Fracturas       No sabe/No responde

### 4.6.3 ¿Hace cuánto tuvo su última fractura?

- Años    o      meses
- No sabe/No responde

### 4.6.4 ¿Sitio(s) de la(s) fractura(s)?

- Cadera
- Columna vertebral
- Fémur
- Muñeca
- Brazo
- Otro sitio
- No sabe. No responde

### 4.6.5 ¿Alguna vez se cayó en los últimos 12 meses?

- Sí
- No → Ir a 4.7.7
- No sabe/No responde → Ir a 4.7.7

### 4.6.6 ¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 12 meses?

- Veces       No sabe/No responde

### 4.6.7 ¿Se ha fracturado la cadera alguno de sus hermanos, hijos o padres?

- Sí
- No
- No sabe/No responde

## Sección 5: Historial reproductivo (Solo si la entrevistada es mujer)

### 5.1 ¿Todavía regla (menstrúa) usted?

- Si → *Si digitó, Ir a 5.6*
- No
- No sabe/No responde

### 5.2 ¿Le han operado a usted para quitarle la matriz (el útero)?

- Si
- No
- No sabe/No responde

### 5.3 ¿Le han operado a usted para quitarle los ovarios?

- Si
- No
- No sabe/No responde

### 5.4 ¿Ha tomado usted alguna terapia hormonal para los problemas de la menopausia?

- Si
- No
- No sabe/No responde

### 5.5 (Si a la pregunta 5.4) ¿Actualmente está usted tomando terapia hormonal de remplazo por su menopausia?

- Si
- No
- No sabe/No responde

### 5.6 ¿Cuál de los siguientes anticonceptivos ha utilizado con más frecuencia?

- Hormonales orales (la píldora)
- Hormonales inyectables
- Otro anticonceptivos
- Ninguno anticonceptivos
- No sabe/No responde



## Sección 6: Dieta

**6.1 ¿Cuántos días a la semana consume usted frutas?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.2 En promedio, ¿Cuántos días a la semana come verduras?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.3 ¿Cuántas días a la semana consume comida frita? (sopes, huaraches, frijoles refritos, quesadillas)?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.4 ¿Con qué tipo de grasa se cocinan sus alimentos regularmente?**

- Aceite de Oliva
- Otro aceite vegetal (cártamo, soya)
- Mantequilla
- Margarina
- Grasa Animal
- Ninguna
- No sabe/No responde

**6.5 Normalmente, ¿con qué frecuencia toma bebidas azucaradas (por ejemplo, refrescos, aguas frescas)?**

Días    o     No sabe/No responde

*Si es igual a 0 dias por semana ir a → Pregunta 6.7*

**6.6 Cuando bebe bebidas azucaradas, ¿cuántas bebidas toma usted normalmente?**

Bebidas    o     No sabe/No responde

**6.7 ¿Con qué frecuencia suele añadir sal a la comida?**

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Siempre

**6.8 Normalmente, ¿con qué frecuencia come usted carne (por ejemplo, carne de cerdo, carne de res, pollo)?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.9 Normalmente, ¿con qué frecuencia come usted pescado?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.10 Normalmente, ¿con qué frecuencia come entre comidas?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.11 Normalmente, ¿con qué frecuencia come postres?**

Días    o     No sabe/No responde

**6.12 ¿Está usted bajo una dieta especial?**

- No
- Sí (baja en calorías, por ejemplo, para la pérdida de la diabetes / peso)
- Sí (baja en sal, por ejemplo, para la hipertensión)
- Sí (baja / fosfato de potasio, por ejemplo, para enfermedades renales)
- Sí (otro tipo)

## Sección 7: Medicación actual

7.1 ¿Ha utilizado algún medicamento recientemente por más de un mes?  
(incluyendo aspirinas o mejorales)

- Sí
- No → *Si digitó, Ir a Sección 8*
- No sabe/No responde → *Si digitó, Ir a Sección 8*

7.2 ¿Me podría decir el nombre del (o los) medicamento(s) que ha consumido por más de un mes?

**Nombres de los medicamentos**

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

etc.

**[Para la pregunta 7.2, la Tablet deberá llenar automáticamente los medicamentos previamente capturados en las preguntas 4.2.1, 4.3.1, 4.3.2 y 4.4.4]**

## Sección 8: Examen físico y muestra de sangre

8.1 Tensión arterial (tres tomas con 3 minutos entre cada toma en posición sentada) datos que se transferirán automáticamente via Bluetooth

	Primera	Segunda	Tercera	
PAS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg
PAD	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg

8.2 Talla (en cms, sin zapatos), la mas cerca cm  cm

8.3 Diámetro de la cintura (en cms), la mas cerca cm  cm

8.4 Diámetro de la cadera (en cms), la mas cerca cm  cm

[Con la cooperación del entrevistado, tome dos fotos de frente y perfil de cuerpo entero a 2 metros de distancia], una de costal, una del frente

8.5 Peso (sin zapatos, ropa ligera), en kilograms  
(Datos que se transferirán automáticamente vía USB)

8.6 Otras medidas del análisis corporal total (Tanita SC240-MA)  
(Datos que se transferirán automáticamente vía USB: biotipo, tara prefijada, grasa %, grasa corporal, FFM, masa muscular, muscle score, masa osea, agua corporal, agua corporal %, IMC, standard body weight, grado de obesidad, tasa de grasa visceral, BMR (kJ), BMR (kcal), BMR score, edad metabólica, índice de Rohrer, Impedancia (50kHz))

8.7 Espirometría  
(Datos que se transferirán automáticamente vía USB: FVC, FEV1, FEV6, FEV1/FVC%, PEF, FEF25-75%, ELA), nivel de calidad (A,B,C,D,E), finalización de la espirometría (Si, Non, Se Nego, excluido [por razones médicas](#))

8.8 ¿Ha tomado algún medicamento para bajar su presión arterial en los últimos 2 días?  Si  No

8.9 Cu'antas horas han pasado desde la última vez que comió o bebió algo (Ignore las bebidas no calóricas como agua o té)? \_\_\_\_\_ horas

8.10 Muestra de sangre: Si  Parcial  Fallida  Negación

**8.11 Código de barras del vacutainer (registrado automáticamente en la tablet)**

**8.12 Fecha y hora de la muestra de sangre (registrado automáticamente en la tablet al responder la pregunta 8.10)**

---

**8.13 Percepción de la cooperación del sujeto entrevistado**

Excelente

Buena

Suficiente

Pobre

---

## **PROPORCIONADO POR LA TABLET**

### **Resultado de la entrevista**

Se negó a dar información

Entrevista completa con medición y toma de sangre

Entrevista completa sin medición ni toma de sangre

Entrevista completa con toma de sangre pero sin medición

Entrevista completa con medición pero sin toma de sangre

## **Sección 9: Información de control (registrado automáticamente en la tablet como en 8.13)**

**9.1 Tablet registra automáticamente fecha y hora**

**9.2 Tablet registra automáticamente nombre del encuestador**

**9.3 Tablet registra automáticamente coordenadas GPS**

**FIN DE LA ENCUESTA**