



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

**“RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA Y
LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA
COMUNIDAD”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

P R E S E N T A:

DR. BERNARDO HORACIO GRADOS CHAVARRÍA

ASESOR DE TESIS:

***DRA. SARA GLORIA AGUILAR NAVARRO
DR. JOSÉ ALBERTO ÁVILA FUNES***



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE AUTORIZACIÓN

Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez

Director de Enseñanza

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Emilio José García Mayo

Titular del curso universitario en Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. José Alberto Ávila Funes

Jefe del Servicio de Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro

Asesor de Tesis y Médico de Base en el Servicio de Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. Bernardo Horacio Grados Chavarría

Residente de Segundo Año de Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

CONTENIDO

Pág.

1. Resumen.....

2. Summary.....

3. Introducción.....

4. Marco Teórico.....

5. Justificación.....

6. Objetivos.....

7. Hipótesis.....

8. Material y métodos.....

9. Análisis Estadístico.....

10. Resultados.....

11. Discusión.....

12. Conclusiones.....

13. Bibliografía.....

14. Anexos.....

RESUMEN

Introducción: La incontinencia urinaria (IU) es frecuente en los adultos mayores; es multifactorial y se asocia con urosepsis, caídas, depresión, discapacidad, hospitalización, mayor mortalidad e, incluso, con fragilidad. IU afecta la calidad de vida (CV) pero poco se ha estudiado acerca del impacto de su severidad (SIU) sobre la misma.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre la severidad de incontinencia urinaria y calidad de vida en pacientes adultos mayores de una comunidad urbana.

Material y Métodos: Estudio de 1,124 sujetos de 70 años y más, participantes en el estudio “Marcadores nutricios y psicosociales del síndrome de Fragilidad en adultos mayores mexicanos”. Aquellos que reportaron dificultad para detener o controlar la orina se consideraron con IU. La SIU se estimó con una versión modificada del Índice de Sandvik (leve, moderada y grave). La CV se evaluó con el *Short Physical version 36* (SF36) en su componente físico (CF) y mental (CM). En el análisis estadístico se realizó regresión lineal multivariada para establecer la asociación entre la SIU y el puntaje obtenido en los dominios de la CV.

Resultados: La IU se presentó en 18% y la SIU fue grave en 29.2% de los casos. Aquellos con IU grave fueron más viejos, tuvieron peor autopercepción de salud, mayor discapacidad, más síntomas depresivos y más caídas comparando con aquellos con menor severidad o que fueron continentes. El análisis de regresión multivariado mostró una relación inversa y significativa entre el CF de la CV y la SIU moderada ($\beta=-4.54$) y grave ($\beta=-6.72$), así como en el CM de la CV ($\beta=-1.44$ y -4.43 respectivamente).

Conclusiones: La SIU se asocia con peor CV en sus dos componentes, siendo más importante en aquellos con IU grave. Debe evaluarse la SIU por los potenciales efectos nocivos en la salud física y mental para así establecer estrategias de prevención.

SUMMARY

Introduction: Urinary incontinence (UI) is a common disorder in older adults. Its etiology is multifactorial and frequently associated with urosepsis, falls, depression, disability, hospitalization, increased mortality and even with frailty. UI affects quality of life (QoL) but little has been studied about the impact of its severity (UIS) on it.

Objective: To establish the association between the severity of urinary incontinence and quality of life in elderly patients living in an urban community.

Material and Methods: We studied 1124 subjects aged 70 years and older who participated in the “Nutritional and psychosocial markers of frailty syndrome in older Mexicans”. Those who reported difficulty with urine continence were considered to have UI. The UIS was estimated using a modified version of the Sandvik Index (mild, moderate and severe). QoL was evaluated with the Short Physical version 36 (SF36) including both its physical (PC) and mental components (MC). For the statistical analysis, multivariate linear regression was performed to determine the association between UIS and QoL as described by the SF36.

Results: UI occurred in 18% of subjects, the condition was severe in 29.2% of cases. Those with severe UI were older, had worse self perceived health status, greater disability, more depressive symptoms and more falls compared with those without incontinence or with a lesser degree of it. Multivariate regression analysis showed a significant inverse relationship between the PC of QoL and moderately severe incontinence ($\beta = -4.54$) and as well as severe incontinence ($\beta = -6.72$). The MC of QoL showed a similar behavior ($\beta = -1.44$ and -4.43) in the case of moderate and severe urinary incontinence respectively.

Conclusions: UIS is associated with worse QoL scores, both in its physical and mental components, and this association appears to be more important as severity grows worst. UIS must be evaluated because of its potential adverse effects on physical and mental health in the older

adults, and also because of its implications for the establishment of treatment and prevention strategies.

|

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica es un fenómeno por el cual atraviesa nuestro país al igual que el resto del mundo, es favorecido por tres factores fundamentales: el descenso notable de la fecundidad, la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer; lo anterior se debe a la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, la aplicación de esquemas de vacunación y los avances tecnológicos.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2000 había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños; este índice se incrementará paulatinamente con el paso del tiempo esperando que el número de adultos mayores sea igual al de los niños, alrededor del año 2034, alcanzando una razón de 16.5 adultos mayores por cada 6 niños en el año 2050. En el 2003 había en México más de 100 millones de habitantes, siendo el 7.23% de 60 años o más, se calcula que para el 2050 habrá alrededor de 129 millones de habitantes donde los adultos mayores representarán el 28.1 % aproximadamente, siendo por lo tanto un gran reto la salud en los adultos mayores ^[1].

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en la práctica clínica, además de la repercusión a nivel del sistema urinario tiene múltiples consecuencias tanto clínicas como deterioro de la funcionalidad, desempeño físico, desarrollo de úlceras por presión, depresión, aislamiento social y colapso del cuidador. Entre sus consecuencias también podemos contar un incremento del riesgo de institucionalización. Por todo esto, afecta la percepción de bienestar del individuo en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes, es decir afecta su calidad de vida.

Sin embargo, a pesar de esto hay poca evidencia de que la severidad de la incontinencia urinaria afecte la calidad de vida, lo cual parece importante para su estricta evaluación con el

propósito de disminuir el riesgo y desenlaces adversos, una vez efectuado el tratamiento oportuno de la misma, con una esperada subsecuente mejoría en la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más importantes. Su prevalencia en pacientes geriátricos es elevada y continúa incrementándose conforme aumenta la edad. En un estudio realizado en mujeres ancianas de la comunidad que solicitaron atención por síntomas urinarios, la prevalencia de incontinencia urinaria incrementó con cada década de vida mientras que, la posibilidad de síntomas urinarios sin incontinencia disminuyó con la edad ^[2].

Diferentes estudios indican que la prevalencia de incontinencia urinaria oscila alrededor del 15-30% en pacientes ambulatorios y del 50% en pacientes institucionalizados ^[3-5]. En pacientes hispano-americanos se calcula que una prevalencia global de 7.3%, en México datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento 2001 mostraron que las mujeres entre 65 y 84 años de edad presentaban pérdidas urinarias en 11.1%, en comparación con los hombres que presentaban 10.5%, aumentando en los ancianos ≥ 85 años a 22% y 18% respectivamente ^[6].

Por otro lado, esta patología genera gastos importantes a los servicios de salud a través del mundo. En los Estados Unidos de Norteamérica (E.E.U.U.) se estimó un costo anual de 19.5 billones de dólares en el año 2000 ^[7]. Otros estudios indican que el costo llega a ser hasta de 3500 dólares por cada anciano incontinente por año, lo anterior sin tomar en cuenta las horas cuidador invertidas en este problema ^[8]. Aunado a esto, el costo de esta patología ha incrementado durante las últimas décadas siendo de 8.2 billones de dólares en 1984, 16.4 billones en 1993 y 26.3 billones en la década pasada ^[8].

Además, la incontinencia urinaria se ha asociado con múltiples desenlaces adversos para la salud incluyendo un riesgo incrementado de mortalidad, institucionalización ^[9], hospitalización, caídas ^[40], deterioro funcional ^[10] y fragilidad.

Un estudio realizado en adultos mayores de 65 años de edad pertenecientes a una asociación de salud en el norte del estado de California, E.E.U.U encontró que existe un aumento

de incontinencia de reciente aparición en aquellos pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson, demencia, evento vascular cerebral, depresión y falla cardíaca tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de hospitalizarse en esta población fue 30% más alto en mujeres después del diagnóstico de incontinencia con un riesgo relativo (RR) de 1.3 (IC 95% 1.2-1.5) y 50% más alto en los hombres (RR=1.5, IC 95% 1.3-1.6) habiendo ajustado por edad y comorbilidad. Este mismo estudio evidenció también un incremento del riesgo de institucionalizarse de 2 a 3 veces en relación a los sujetos continentales; así como aumento en la mortalidad en los hombres, aunque este último no fue tan pronunciado (RR=1.2, IC 95% 1.1-1.4) ^[11].

Otro estudio de cohorte realizado en pacientes ancianos japoneses que vivían en comunidad determinó que los índices de supervivencia estimados disminuyen cuando existe disminución de la continencia urinaria tanto en pacientes de 65-74 años como en los mayores de 75 años. El análisis multivariado arrojó tasas de riesgo ajustadas para mortalidad de 2.27, 2.96 y 5.94 para incontinencia leve, moderada y severa en comparación con los pacientes continentales ^[12], haciendo evidente que la severidad de la incontinencia es factor determinante en los desenlaces de estos pacientes.

Más recientemente, otro estudio de cohorte realizado en pacientes mayores de 70 años de edad evidenció, después del ajuste por variables confusoras, que tal patología no era un predictor independiente para muerte, institucionalización o discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Sin embargo, la incontinencia persistió siendo un predictor de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (OR ajustado 1.1 IC 95% 1.05-1.63) aunque el ajuste redujo importante la fuerza de asociación ^[13].

Hay varios índices para medir la severidad de la incontinencia urinaria, uno de ellos es el índice de severidad de Sandvik el cual se calcula sumando la frecuencia y el volumen medido de orina fugada : 1-2 incontinencia ligera, 3-4 moderada, 5-6 intensa ^[14].

En cuanto a la fragilidad, un estudio longitudinal en población mexico-americana anciana comparó la fuerza de asociación entre los marcadores físicos de la fragilidad con las actividades instrumentadas de la vida diaria y con diversas pruebas de desempeño físico encontrando que la incidencia de incontinencia está asociada con un incremento en el riesgo global de daño funcional y que tras un seguimiento de dos años, se asoció también al desarrollo de fragilidad ^[15].

Se han descrito además asociaciones con fracturas ^[16-17], úlceras por presión ^[18], depresión, mala autopercepción de salud, aislamiento y subsecuentemente con calidad de vida.

Desde hace ya un par de décadas ha habido creciente preocupación por el impacto de la incontinencia urinaria en los varios aspectos de la calidad de vida. De hecho, algunos autores reportan deterioro en esta hasta en el 80% de los pacientes que cursan con incontinencia impactando los aspectos emocionales, sociales y físicos ^[19].

En una cohorte retrospectiva de ancianos institucionalizados, la incontinencia urinaria se asocio con peor calidad de vida evaluada por Minimum Data Set (MDS) en residentes que cursaban con alteración cognitiva y funcional moderada. Por otro lado, el inicio reciente de la incontinencia o su empeoramiento se asocio con peores puntajes de calidad de vida (OR 1.46, IC 95% 1.36-1.57). Debido a la relevancia que ha tomado la incontinencia urinaria, se han creado herramientas para valorar su influencia en la calidad de vida, como el *Incontinence Impact Questionnaire*, el *Kings Health Questionnaire*, *SF36* entre otros. Esta última herramienta fue desarrollada a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS), la cual detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Una disminución de 5 puntos del total sugiere una condición que afecta de forma

leve la calidad de vida del individuo y que una disminución de 10 puntos o más condicionaría una afección moderada ^[28].

JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria es cada vez más frecuente en la población anciana a través del mundo. Su presencia se asocia con desenlaces adversos para la salud incluyendo calidad de vida.

Sin embargo, en nuestro conocimiento, no existen estudios suficientes que hayan investigado la presencia de una asociación entre severidad de incontinencia y calidad de vida. La búsqueda de tal asociación resulta importante como predictor de distintos desenlaces de salud y abriría la posibilidad de intervenciones tempranas con el fin de otorgar mejor calidad de vida a los pacientes que padecen este síndrome.

OBJETIVOS

Objetivo primario

1. Determinar si existe asociación entre la severidad de incontinencia urinaria y calidad de vida en pacientes adultos mayores de una comunidad urbana.

Objetivos secundarios

1. Conocer las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores que padecen incontinencia urinaria de la cohorte de Coyoacán.
2. Conocer la severidad de la incontinencia urinaria más frecuente en adultos mayores de la cohorte de Coyoacán.
3. Conocer si existe una asociación entre discapacidad para actividades básicas e instrumentadas con incontinencia urinaria.
4. Conocer si existe asociación entre el estado cognitivo e incontinencia urinaria.
5. Determinar qué comorbilidades tienen una influencia en la severidad de la incontinencia urinaria.
6. Determinar qué grupo de fármacos influyen en la incontinencia urinaria.

HIPÓTESIS NULA

No existe asociación entre la severidad de la incontinencia urinaria y la calidad de vida en pacientes ancianos de la comunidad.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

Existe asociación entre la severidad de incontinencia urinaria y la calidad de vida en pacientes ancianos de la comunidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

Este trabajo se encuentra anidado en el “Estudio de marcadores nutricios y psicosociales del síndrome de fragilidad”, en su primera vuelta (2008-2009). El marco muestral de esta población fue el censo del Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 años del Gobierno del Distrito Federal. Este programa cuenta con cobertura del 95% de la población total de adultos mayores residentes en la Ciudad de México. La Delegación de Coyoacán fue elegida como zona de estudio por conveniencia debido a su fácil acceso y a los bajos costos. De un total de 33,347 adultos de 70 años y más residentes en esta delegación, se realizó una estratificación en base a edad (decenios) y sexo, posteriormente se realizó un muestreo aleatorio simple en cada estrato proporcional al tamaño. La evaluación de los participantes se realizó en los domicilios de todos los adultos elegidos y constó de dos fases, durante la primera se aplicó un cuestionario y en la segunda se realizó una valoración médica, odontológica y nutricional.

El cuestionario (Anexo 1) aplicado durante la primer fase evaluó tanto factores sociodemográficos (edad, sexo, redes sociales, situación laboral) como factores de salud (cognición, funcionalidad, antecedentes de escolaridad, de enfermedades crónico-degenerativas, comorbilidad, tabaquismo, alcoholismo, percepción de salud, depresión). Este cuestionario fue aplicado por 28 encuestadores los cuales fueron capacitados y estandarizados por una semana durante 8 horas diarias (40 horas en total). La duración de la entrevista fue en promedio de 1 hora y media. Los datos obtenidos eran capturados de manera directa en campo. Esta fase duró 15 días. Completaron la evaluación 1124 adultos. En la segunda fase, los adultos fueron valorados por un equipo interdisciplinario que era conformado por un médico, un nutriólogo y un odontólogo quienes realizaron una valoración geriátrica integral donde evaluaron funcionalidad,

comorbilidad, tratamientos farmacológicos, marcha, estado nutricional, estado dental, toma de presión, peso y talla así como medición de circunferencia de cintura. Este personal fue estandarizado por un total de 40 horas (una semana, 8 horas diarias) por geriatras, neuropsicólogos y nutriólogos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ). Así mismo, los instrumentos utilizados (báscula, esfigomanómetro, cinta métrica) fueron estandarizados. La duración de la evaluación fue de 2 a 2 horas y media. Esta fase duró 4 meses. Completaron la evaluación 945 adultos. Los datos obtenidos fueron capturados posteriormente por 3 personas diferentes pertenecientes a las instituciones participantes: la parte médica por el INAPAM (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores), la parte nutricional por el INCMNSZ y la parte odontológica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Ambas fases del estudio en campo fueron supervisadas tanto por personal del INAPAM como por personal del INCMNSZ. Así mismo, para cada visita domiciliaria, tanto el encuestador como el equipo multidisciplinario, fueron acompañados por una educadora en salud ya conocida en la comunidad y perteneciente al INAPAM quien los presentaba con el adulto mayor e introducía al domicilio. El personal que trabajó en campo así como en la captura de los datos desconocía la hipótesis del estudio.

Pérdidas

De acuerdo a la población inicial seleccionada (1,294) y la población de estudio que completó la entrevista (1,124) se calcula una tasa de respuesta del 87%. En relación a las pérdidas, las causas fueron: 41 por ausencia temporal, 37 se negaron a dar información, 15 viven en la vivienda pero no se encontraron en el momento de la visita, 24 habían cambiado su residencia, 18 habían fallecido, 6 no tuvieron informante sustituto, 2 entrevistas se realizaron de forma

incompleta, 2 entrevistas fueron aplazadas, 2 el informante no pasó el test y 23 más por otras causas.

Consideraciones éticas

Para cada entrevista, el adulto mayor firmó un consentimiento informado donde se le explicaba el motivo de la visita, el objetivo del estudio y las evaluaciones a realizar. Según lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de “Investigación para la Salud”, este protocolo para tesis de sub-especialidad recae en el Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, “investigación de riesgo mínimo” y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Además, este estudio cumple con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 (Principios éticos aplicables a las investigaciones médicas en sujetos humanos) y su revisión en 2004.

Variables

Variable independiente:

1. Severidad de Incontinencia Urinaria

Se definió a través de la suma del resultado de dos preguntas que evalúan la frecuencia y la cantidad de orina pérdida (“¿Cuántas veces al día le sucede esto?” y “Cuando se orina, ¿generalmente que cantidad de orina es?” respectivamente) con un puntaje de 1 a 4 donde el mayor puntaje reflejaba mayor severidad. Se definió como incontinencia urinaria leve a aquella que contó con 2 -3 puntos, moderada con 4-5 puntos y grave con 6 a 8. Aquellos que negaron pérdidas urinarias se consideraron sin incontinencia (0 puntos).

Tabla 1. Índice de Severidad de Incontinencia Urinaria.

Puntaje	Frecuencia	Cantidad
1	1	Poco
2	2-3	Regular
3	4-5	Mucho
4	≥6	

Esta variable fue tratada como ordinal (continente, incontinencia leve, incontinencia moderada e incontinencia severa).

Variable dependiente:

2. Calidad de vida:

Fue definida a través del uso de los componentes físico y mental de la *Short Form 36* (SF-36) desarrollada por Aaronson, et al y validada en estudios previos para su uso en ancianos [20].

Componente físico: Suma de los puntajes de las siguientes dimensiones:

- Función Física
- Rol Físico
- Dolor Corporal
- Salud General

Componente mental: Suma de los puntajes de las siguientes dimensiones

- Vitalidad
- Función Social

- Rol Emocional
- Salud Mental

Con un puntaje posible de 0 a 100 para cada una de las dimensiones, el puntaje más elevado está asociado con una mejor calidad de vida. Esta variable fue operacionalizada como continua. En los análisis de regresión lineal, fueron utilizados el componente mental y físico global, como indicadores de cada una de esas dimensiones.

Covariables

- Variables sociodemográficas incluyeron la edad (años), el sexo, escolaridad (años), así como nivel económico.
- La función cognoscitiva fue evaluada con el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) ^[21]. El puntaje es el resultado de la suma de la evaluación de varias dimensiones de la cognición (memoria, cálculo, orientación en el espacio y tiempo, lenguaje y reconocimiento de las palabras). La prueba oscila de 0 a 30 donde los puntajes más elevados indican un mejor estado cognoscitivo.
- Síntomas depresivos fueron valorados con el *Center for Epidemiological Studies-Depression scale* (CES-D score) en su versión de 20 enunciados ^[22]. Esta variable fue utilizada como dicotómica, donde un puntaje mayor a 16 puntos sugiere depresión en los análisis descriptivos, mientras que el puntaje total fue utilizado en los análisis de regresión.
- Desempeño físico valorado a través de *Short Physical Performance Battery* (SPPB) ^[23], el puntaje es resultado de la suma de la evaluación de tres esferas: equilibrio, velocidad de la marcha y prueba de levantarse 5 veces de una silla. La prueba oscila entre 0-12 puntos, a menor puntaje, menor desempeño físico. La variable se manejó como continua.

- Estado Nutricio a través del *Mini Nutritional Assessment* (MNA) ^[24], el puntaje es el resultado de la suma de 18 preguntas. La prueba oscila entre 0-30 puntos, siendo ≤ 17 desnutrición, 17 a 23.5 riesgo de desnutrición y ≥ 24 normal. La variable se manejó como cuantitativa continua.
- Fármacos ^[25]. Fueron escogidas las familias de fármacos que se conocen afectan la continencia urinaria por diferentes mecanismos y se agruparon en 1) diuréticos; 2) inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; 3) psicoactivos; 4) analgésicos; 5) narcóticos; 6) agonistas alfa adrenérgicos; 7) antagonistas alfa adrenérgicos y 8) calcio antagonistas. La obtención del consumo de fármacos fue por autorreporte. La variable se manejó como dicotómica: al usar al menos alguno de los medicamentos de estos 8 grupos o ninguno.
- Autopercepción de salud, fue valorada con la pregunta “*En general, ¿usted diría que su salud es?*”. Las opciones de respuesta fueron: excelente, muy buena, buena, mala y muy mala. La variable se manejó como ordinal.
- Comorbilidad
 - Se consideró el autorreporte de presencia o ausencia de alguna de las siguientes comorbilidades:
 - Obesidad
 - Diabetes Mellitus
 - Distiroidismo
 - Artrosis
 - Hipercolesterolemia
 - Cardiopatía

- Evento vascular cerebral (EVC)
- Enfermedad de Parkinson
- Neumopatía obstructiva crónica (NOC)
- Trastorno funcional digestivo (TFD)
- Enfermedades prostáticas
- Disfunción sexual
- Hepatopatías
- Dolor
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Hipertensión arterial sistémica (HAS)

Estas variables se manejaron como cualitativas dicotómicas.

- Funcionalidad:

Por autorreporte a partir de las siguientes escalas:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por la escala de Katz ^[26] modificada, ya que se excluyó a la variable de incontinencia (cuantitativa continua): Se consideraron entonces cinco de las seis actividades exploradas por ese índice para evaluar la capacidad de realizar sin dificultad o ayuda las siguientes funciones básicas:

- *“Debido a un problema de salud usted tiene dificultad para”:*
 - Bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)
 - Vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)
 - Usar el servicio del sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del sanitario)
 - Movilidad, respuesta positiva a una o más de las siguientes tres:

- Subir y bajar escaleras
- Cruzar de un lugar a otro en su casa
- Acostarse o pararse de la cama
- Utilizar cualquier instrumento para comer

Se consideró que la pérdida de alguna de estas funciones reflejaba dependencia para las ABVD.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se evaluaron con la escala de Lawton ^[27] (cuantitativa continua) y considera:

- *“Usted tiene dificultad para”*:

- utilizar el teléfono (marcar algún número telefónico, recibir llamadas, etc.)
- realizar las compras
- Ir a otros lugares solo (a)
- Tomar sus medicinas
- Manejar su propio dinero
- Planear y preparar una comida
- Realizar quehaceres en casa: una respuesta positiva a cualquiera de las siguientes dos preguntas
 - Hacer quehaceres ligeros de la casa (hacer las camas, sacudir, etc)
 - Hacer los quehaceres pesados de la casa
- Lavar su ropa

- Con un puntaje posible de 0 a 8 (0 a 5 en caso de los hombres), se consideró que la pérdida de al menos una de estas funciones reflejaba dependencia para las AIVD de acuerdo al género de los participantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las características de los participantes se presentan como media (desviación estándar, DE) para las variables continuas y como frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Para la comparación entre grupos, de acuerdo a la severidad de incontinencia urinaria (ordinal), se utilizaron las pruebas de X^2 o de ANOVA de acuerdo a la naturaleza de las variables. Para el análisis de correlación entre las variables continuas, incluyendo el puntaje de cada dominio de la calidad de vida, fue utilizado el coeficiente de Spearman. Un análisis de regresión lineal univariado fue utilizado para probar la asociación entre los diferentes grados de severidad de incontinencia urinaria y la calidad de vida en cada uno de sus componentes. Los resultados obtenidos muestran que la diferencia entre cada una de las categorías de la severidad de la incontinencia representa el número de puntos en los cuales se modifica el puntaje del SF-36 tanto en su componente físico como mental. Posteriormente, se construyeron modelos de regresión lineal multifactoriales para probar la asociación independiente entre la severidad de la incontinencia urinaria y la calidad de vida aun después del ajuste por diferentes variables potencialmente confusoras de la manera como se muestra en la Tabla 2.

En el modelo final, el análisis de residuos verificó el respeto de los postulados de base asumidos en la validez de la regresión lineal. Todos los análisis estadísticos se realizaron con un nivel de confianza del 5% y se presentan los intervalos de confianza al 95%. Las pruebas estadísticas fueron realizadas usando el programa estadístico SPSS para Windows® (SPSS Inc., Chicago, IL, versión 16.0).

Tabla 2. Modelos para regresión lineal.

Modelo 1 *	Modelo 2 Ç	Modelo 3 \$	Modelo 4 †	Modelo 5 +
Sociodemográfico	Salud	Hábitos	Discapacidad	Fármacos
Edad	*	*	*	*
Sexo	Comorbilidades	Ç	Ç	Ç
Económico	Depresión	Tabaquismo	\$	\$
Escolaridad	Desempeño Cognitivo	Alcoholismo	ABVD	†
		Actividad Física Índice de Masa Corporal	AIVD	Fármacos

RESULTADOS

Se estudiaron 1,124 sujetos de 70 años y más seleccionando a los sujetos incontinentes de los cuales 65.4% fueron mujeres, con una media de edad para ambos géneros de 81.0 ± 7.9 , con un intervalo de edad de los 70 a los 104 años. En cuanto a su escolaridad los pacientes incontinentes presentaron una media de 6.7 ± 5.7 años, no habiendo diferencia significativa con los no incontinentes (7.1 ± 6.6).

Los sujetos incontinentes refirieron tener una mala autopercepción de salud en un 42.2% con $p=0.003$, presentaron un estado nutricional peor (MNA 22.7 ± 4.6 $p= <0.001$), MMSE sin diferencia estadísticamente significativa. La discapacidad se presentó predominantemente en pacientes incontinentes tanto en ABVD como AIVD 17.4% y 58.7% respectivamente con $p=0.001$. En cuanto a la depresión se presentó más en los sujetos incontinentes (43.6% $p= <0.001$), también presentaron peor desempeño físico medido mediante SPPB (6.7 ± 4 $p= <0.001$) y más caídas (48.2% $p= 0.002$). En ninguna comorbilidad se encontró diferencia entre ambos grupos de sujetos.

Las características de la población son presentadas en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas con y sin incontinencia.

	No Incontinencia	Incontinencia	P
Edad años (DE)	78.6 ± 6.9	81.0 ± 7.9	<.001
Mujeres (%)	54.1	65.4	.004
Autopercepción Salud Mala (%)	30.9	42.2	.003
Impacto Comorbilidad	11.9	18.8	<.001
IMC Tot	27.1 ± 4.3	26.1 ± 4.4	.205
MNA Tot	24.3 ± 3.9	22.7 ± 4.6	<.001
MMSE Tot	24.8 ± 4.9	24.1 ± 5.3	.161
Discapacidad Katz (%)	7.9	17.4	.001
Discapacidad AVBD (%)	42.8	58.7	.001
CESD % >16	27.9	43.6	<.001
SPPB Tot	8.1 ± 3.4	6.7 ± 4	<.001
Caídas %	35.2	48.2	.002

Cardiopatías %	35.3	41.6	.314
HAS %	73.4	75.0	.742
Obesidad %	50.8	52.3	.795
EPOC %	14	20.3	.190
TFD %	27.1	35.9	.125

En cuanto a los fármacos no hubo diferencia significativa entre los 2 grupos, ni en consumo total, ni en el consumo de por lo menos 1 fármaco de los 8 grupos construidos (Tabla 4 y 5).

Tabla 4. Grupos de Fármacos.

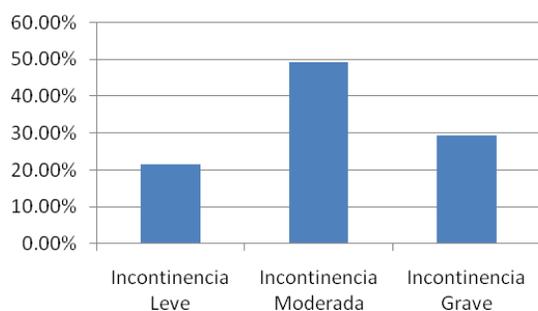
Familia	Fármaco
Diuréticos	Clortalidona, furosemide, espironolactona, hidroclorotiazida, indapamida.
Inhibidor de Enzima Convertidora de Angiotensina	Enalapril, captopril, lisinopril, perindopril.
Anticolinérgicos	Butilioscina, cinarizina, biperideno.
Psicoactivos	Escitalopram, duloxetina, doxepina, sertralina, mirtazapina, fluoxetina, amitriptilina, metilfenidato, alprazolam, clonazepam, triazolam, haloperidol, levopromazina.
Analgésicos Narcóticos	Tramadol.
Agonistas Alfa Adrenérgicos	Tamsulosina, prazosina.
Antagonista Alfa Adrenérgico	Fenilefrina, etilefrina.
Calcio Antagonistas	Nimodipino, amlodipino, felodipino, diltiazem, verapamilo, nifedipino.

Tabla 5. Consumo de Fármacos

	No Incontinencia	Incontinencia	P
Num Total de Fármacos	3.3 ± 2.8	3.8 ± 3.0	.083
1 Fármaco al menos	33.0	36.7	.320

La IU se presentó en 18% y la SIU fue leve, moderada y grave en 21.5, 49.2 y 29.3% de los casos respectivamente (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de Incontinencia Urinaria.



Aquellos con IU fueron más viejos (81.0 ± 7.9) que los no incontinentes y de aquellos los de incontinencia leve (82.1 ± 8.2 años) también fueron más añosos, tuvieron peor autopercepción de salud, mayor discapacidad, más síntomas depresivos y más caídas comparando con aquellos con menor severidad o que fueron continentales (Tabla 6-9).

Tabla 6. Severidad de la incontinencia urinaria y características sociodemográficas.

	No Incontinencia	Incontinencia Leve	Incontinencia Moderada	Incontinencia Grave	P
Edad años	78.6 ± 7	82.1 ± 8.2	80.5 ± 7.8	80.7 ± 7.2	<.001
Mujeres %	54.0	76.2	62.5	64.9	.008
Escolaridad	7.1 ± 6.6	6.6 ± 4.9	6.6 ± 5.4	7.4 ± 6.7	.835
Tabaquismo	48.5	40.5	55.2	43.9	.347
Alcoholismo	47.8	48.3	46.7	21.1	.046
Autopercepción Salud mala	30.8	34.4	41.6	51.2	.002
Impacto Comorbilidad	11.9	24.2	19.1	12.9	.002
IMC Tot	27.1 ± 4.3	26.2 ± 3.7	26.6 ± 4.9	24.8 ± 4.37	.471
MNA Tot	24.3 ± 3.9	21.3 ± 5.3	23.8 ± 4.2	22.0 ± 4.2	<.001
Katz % <1 ABVD	7.9	27.8	15.7	9.7	<.001
Lawton % <1 AIVD	42.9	72.2	47.1	67.7	<.001
CESD% >16	27.8	51.7	38.2	50.1	<.001
GDS % >5	18.8	33.3	22.9	38.7	.011
Up&Go Tot	13.4 ± 9.6	15.6 ± 13	15.9 ± 16.2	15.5 ± 9.7	.177
SPPB Tot	8.1 ± 3.4	5.6 ± 4.3	7.3 ± 3.8	6.5 ± 3.7	<.001
Caídas	35.3	54.8	53.1	35.1	.017

Tabla 7. Severidad de la incontinencia urinaria y comorbilidades.

	No Incontinencia	Incontinencia Leve	Incontinencia Moderada	Incontinencia Grave	<i>P</i>
Cardiopatías	35.3	38.1	45.0	37.5	.686
HAS	73.5	73.3	75	76	.989
Obesidad	50.8	50.0	55.6	47.1	.920
EPOC	17.0	23.8	12.5	31.2	.178
TFD	27.4	31.8	43.6	18.8	.146
OAD	50.3	57.7	63	35.3	.182
Dolor	44.2	53.8	42.1	42.9	.791
Cáncer	8.4	5.6	15.6	7.1	.532
Disfunción Sexual	13.4	19.0	13.3	7.7	.817

Tabla 8. Asociación entre calidad de vida e incontinencia urinaria.

SF-36	No Incontinencia	Incontinencia	<i>P</i>
Función Física	61.6 ± 29.8	47.8 ± 29.2	<.001
Rol Físico	80.4 ± 36.5	57.6 ± 45.0	<.001
Dolor Corporal	76.9 ± 25.0	64.5 ± 26.5	<.001
Salud General	62.0 ± 18.1	53.0 ± 18.0	<.001
Vitalidad	70.4 ± 19.6	58.1 ± 21.6	<.001
Función Social	84.8 ± 22.3	75.0 ± 26.9	<.001
Rol Emocional	86.7 ± 30.4	75.5 ± 39.6	.001
Salud Mental	76.8 ± 18.6	67.7 ± 21.0	<.001
Componente Físico	44.4 ± 9.3	38.7 ± 9.9	<.001
Componente Mental	52.9 ± 9.3	49.3 ± 11.7	<.001

Tabla 9. Asociación entre calidad de vida y severidad de la incontinencia urinaria.

SF-36	No Incontinencia	Incontinencia Leve	Incontinencia Moderada	Incontinencia Grave	P
Función Física	61.6 ± 29.9	50.8 ± 28.0	50.3 ± 27.9	41.7 ± 31.5	<.001
Rol Físico	80.3 ± 36.6	67.2 ± 43.7	60.7 ± 43.6	45.3 ± 46.4	<.001
Dolor Corporal	77.0 ± 25	67.5 ± 25	64.4 ± 26.1	60.7 ± 27.9	<.001
Salud General	62.0 ± 18.1	54.5 ± 18.5	55.2 ± 16.7	47.5 ± 19.5	<.001
Vitalidad	70.4 ± 19.6	61.2 ± 20.8	56.4 ± 20.8	57.2 ± 22.9	<.001
Función Social	84.7 ± 22.5	74.2 ± 27.3	82.3 ± 22.6	63.7 ± 28.0	<.001
Rol Emocional	86.7 ± 30.5	77.1 ± 37.3	79.6 ± 38.7	68.2 ± 41.7	<.001
Salud Mental	76.9 ± 18.6	66.9 ± 18.8	70.0 ± 20.6	62.8 ± 22.6	<.001
Componente Físico	44.4 ± 9.3	40.8 ± 10.4	39.2 ± 9.0	36.3 ± 10	<.001
Componente Mental	52.9 ± 9.3	48.6 ± 10.8	50.8 ± 11.7	46.7 ± 12.0	<.001

El análisis de regresión multivariado mostró una relación inversa y significativa entre el CF de la CV y todas las severidades de la IU independientemente del modelo al cual se haya ajustado (leve $\beta=-1.15$; moderada $\beta= -4.54$; grave $\beta= -6.72$), de la misma forma encontramos resultados similares para el CM de la CV también ajustado para los 5 modelos (leve $\beta=-2.00$; moderada $\beta=-1.44$; severa $\beta=-4.43$) (Tabla 10 y 11).

DISCUSIÓN

La incontinencia urinaria en el adulto mayor va más allá de la alteración física, repercute directamente en otras áreas de la vida. Además, trasciende al paciente y afecta a su cuidador primario, siendo una de las patologías que más se asocian con colapso del mismo y con subsecuente institucionalización del paciente. La suma de las condiciones antes descritas determina la influencia que tiene la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida de un sujeto [28-33]. Sin embargo, hay particularidades de este tópico que han sido poco exploradas y que

merecen atención debido a que, por sí mismas, se han asociado con peores desenlaces de salud; una de estas peculiaridades es la severidad de la incontinencia.

Como hipotetizamos originalmente, este trabajo hace evidente que existe una asociación inversa entre el grado de severidad de la incontinencia urinaria y la calidad de vida medida a través de la SF-36. Este hallazgo no debería sorprendernos dado que varios estudios poblacionales han demostrado que hasta > 65% de las pacientes que refieren incontinencia urinaria de urgencia, sin hacer hincapié en la severidad de ésta, reportan que esta condición afecta negativamente su vida cotidiana ^[34].

En el caso del CM de la CV la asociación evidenciada en este estudio es franca para la incontinencia urinaria severa. Tal asociación podría explicarse de diversas formas; por un lado se sabe que el rol emocional de este componente está afectado en los pacientes que cursan con incontinencia urinaria independientemente de la severidad de esta. Un estudio realizado en mujeres de diferentes orígenes raciales y distintas edades con esta patología arrojó que entre los términos que estas pacientes asociaban a su condición se encontraban la sensación de pérdida de control (14%), ansiedad (11%), las alteraciones del sueño (10%) y la necesidad de un sanitario cercano (24%), lo que finalmente contribuía a la percepción negativa de ellas mismas ^[35] y a la menor capacidad de desarrollar una vida social plena. Otro estudio, este sueco, comparó 120 mujeres ancianas con 313 controles sanos y evidenció que aquellas que cursaban con incontinencia mixta o de urgencia más frecuentemente tenían alteraciones emocionales y aislamiento social ^[36]. Finalmente, no resultaría raro pensar en que a mayor severidad de la incontinencia urinaria, también mayor afección emocional y mayor aislamiento social.

En nuestro conocimiento sólo existe un estudio que compara la severidad de la incontinencia y la calidad de vida, éste fue realizado tanto en hombres como en mujeres de diferentes edades y razas y expuso que la severidad de la incontinencia se asocia con peor calidad

de vida, en su componente físico y mental, evaluada por SF-12 ^[37]. Una de las covariables estudiadas fueron los síntomas depresivos que resultaron con mayor afección en el componente físico.

En nuestro estudio, que atañe exclusivamente a ancianos en comunidad, el modelo de salud que incluyó la evaluación de síntomas depresivos, estado cognitivo y comorbilidades evidenció que la presencia de incontinencia urinaria grave se asoció con peor calidad de vida tanto en el componente físico como en el mental, lo que sería consistente con la evidencia plasmada antes en relación a que la severidad de esta patología afecta francamente la esfera psicosocial del sujeto.

Llama la atención que para el componente mental, la incontinencia leve se asoció con mayor afección de la calidad de vida que la incontinencia moderada. Este resultado podría ser consecuencia del proceso de adaptación del individuo a su diagnóstico. La literatura reciente señala que la progresión en severidad de la incontinencia urinaria existe y que llega ser de más del 32% ^[38], lo que implicaría la posibilidad de adecuarse a la pérdida de esta capacidad y de una menor afección del componente mental en etapas moderadas de severidad.

En cuanto al componente físico de la calidad de vida, un estudio en ancianos con incontinencia urinaria persistente después de prostatectomía radical retropúbica demostró que aunque la mayoría de los pacientes negaba afección física (74%), al interrogatorio dirigido 26% habían restringido o eliminado el ejercicio cotidiano incluyendo la caminata y 24% habían limitado incluso sus viajes ^[39]. Otros estudios han demostrado que los pacientes con incontinencia urinaria tienen más frecuentemente discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria ^[10, 13].

En el actual estudio, la incontinencia urinaria afectó el componente físico de la calidad de vida acorde a la severidad e independiente del modelo utilizado en el ajuste. Este comportamiento

podría explicarse dado a que el componente físico de la CV incluye varios de los factores que pueden precipitar eventos de incontinencia de esfuerzo tales como la realización de esfuerzos y la capacidad de transportar cargas. En otra línea de pensamiento, el componente físico de la evaluación de la CV incluye también la un rubro para la caminata, esta y su velocidad son factores determinantes de los episodios de incontinencia funcional y de urgencia.

Tomando en cuenta que la disminución de 5 y 10 puntos de la suma total en los componetes del SF36 sugiere una condición que afecta de forma leve y moderada la calidad de vida respectivamente ^[28], nuestros resultados indicarían que la severidad de la incontinencia urinaria se asocia al grado de afección a la calidad de vida tanto en el componente mental como en el físico de la SF-36, de tal forma que la incontinencia grave tuvo más repercusión en el CM de la CV a pesar de haber sido ajustada por las covariables en los 5 modelos diseñados.

Las debilidad de este estudio en cierta medida, es su diseño transversal, con la subsecuente falta de una secuencia temporal. Sin embargo se hizo un detallado control de factores confusores, por lo que consideramos que los resultados de este estudio son valiosos en primer lugar porque permite reconocer la alta prevalencia de la IU en los adultos mayores, además de favorecer la necesidad de su reconocimiento, evaluación y seguimiento a partir de la estimación de su severidad con un índice de fácil aplicación, reconociendo no sólo la presencia de IU si no a su severidad y como ésta afecta la salud en general y específicamente la calidad de vida. La presencia de IU se ha asociado a índices mayores de asilamiento social y depresión, es común que los pacientes consideran a la IU como parte del proceso del envejecimiento y muchas veces es poco referido a sus médicos, además de que los propios médicos frecuentemente no consideran a la IU una necesidad de atención y seguimiento, por todo esto los resultados de este estudio son válidos para la población que ha sido estudiada.

Para la generalización de los resultados de nuestro estudio depende de la consistencia de los mismos entre otros estudios diferentes, hasta el momento no hay un estudio de características similares que valore la severidad de la incontinencia urinaria y la calidad de vida exclusivamente en población de adultos mayores, tomando en cuenta la autopercepción de salud, estado nutricional, caídas, discapacidad, cognición, desempeño físico, todas ellas covariables muy importantes en los adultos mayores.

El fin es ofrecer al adulto mayor, de forma adicional, una serie de medidas que puedan ofrecer alivio o bienestar, sin perseguir la recuperación de la continencia no lograda por otros tratamientos.

Por otro lado, con estos resultados existe la necesidad de hacer un estudio prospectivo para valorar el efecto de la severidad de la incontinencia urinaria en la calidad de vida.

CONCLUSIONES

1. El incremento en la severidad de la incontinencia urinaria se asoció a peor calidad de vida tanto en su componente físico como en el mental, independientemente de las variables confusoras, en adultos mayores de una comunidad urbana mexicana.
2. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 18%, es más frecuente en mujeres siendo la incontinencia urinaria moderada la más frecuente. A mayor edad se presentó más incontinencia.
3. La presencia de incontinencia urinaria influye en la mala autopercepción de salud, mayor discapacidad, caídas y depresión.
4. El deterioro cognitivo no se asoció a más incontinencia urinaria.
5. Ninguna grupo de fármacos influyó en la incontinencia urinaria y la calidad de vida.

Tabla 10. Regresión Lineal del Componente Mental.

		No ajustado		Modelo 1 *		Modelo 2 ¸		Modelo 3 §		Modelo 4		Modelo	
		B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	IC 95%	B	95% CI
	Continenc	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-
I n c o n t i n e n c i a	Leve	-4.25	-7.68 - - 0.81	-4.15	-7.56 - - 0.74	-2.19	-5.3 - 0.91	-2.14	-5.25 - - 0.96	-2.15	-5.26 - 0.95	-2.00	-5.00 - 0.99
	Moderada	-2.03	-4.31 - 0.23	-1.90	-4.15 - 0.34	-1.54	-3.58 - 0.50	-1.51	-3.56 - 0.54	-1.50	-3.56 - 0.54	-1.44	-3.44 - 0.56
	Grave	-6.17	-9.15 - - 3.18	-5.50	-8.45 - - 2.54	-4.39	-7.07 - - 1.71	-4.29	-6.97 - - 1.61	-4.29	-6.97 - - 1.61	-4.43	-7.00 - - 1.14

* Edad, sexo, económico, escolaridad.

Ç: * y Comorbilidades, depresión, cognición.

§: Ç y Tabaquismo, alcoholismo actividad física, índice de masa corporal.

|: § y ABVD, AIVD.

+: | y Fármacos

Tabla 11. Regresión Lineal del Componente Físico.

		No ajustado		Modelo 1 *		Modelo 2 ^ç		Modelo 3 ^{\$}		Modelo 4 ^l		Modelo	
		B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	95% CI	B	IC 95%	B	95%
	Continenc	1	-	1	-	1	-	1	-	1	-	1	
I n c o n t i n e n c i a	Leve	-3.64	-6.96 - - 0.32	-2.48	-5.67 - 0.71	-1.51	-4.6-1.64	-1.61	-4.76 - 1.54	-1.46	-4.60 - 1.67	-1.15	-4. 2.0
	Moderada	-5.19	-7.38 - - 2.99	-4.50	-6.61 - - 2.39	-4.19	-6.27- - 2.11	-4.37	-6.45 - - 2.29	-4.43	-6.50 - - 2.36	-4.54	-6. 2.4
	Grave	-8.15	-11.03 - - 5.27	-7.20	-9.97 - - 4.43	-6.86	-9.58 - - 4.13	-6.98	-9.70 - - 4.25	-6.99	-9.70 - - 4.29	-6.72	-9. 4.0

* Edad, sexo, económico, escolaridad.

Ç: * y Comorbilidades, depresión, cognición.

\$: Ç y Tabaquismo, alcoholismo actividad física, indice de masa corporal.

l: \$ y ABVD, AIVD.

+: | y Fármacos

BIBLIOGRAFÍA

1. CONAPO. Proyecciones la población de México 2005-2050.
2. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*. 2003 Jul 9;290(2):215-21.
3. Hellström L, Ekelund P, Milsom I, et al. The Prevalence of Urinary Incontinence and Use of Incontinence Aids in 85-year-old Men and Women. *Age Ageing* November 1990;19:383-9.
4. Dey AN. Characteristics of elderly nursing home residents: data from the 1995 National Nursing Home Survey. *Adv Data*. 1997 Jul 2;(289):1-8.
5. Herzog AR, Fultz NH. Prevalence and incidence of urinary incontinence in community-dwelling populations. *J Am Geriatr Soc*. 1990 Mar;38(3):273-81.
6. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2001.
7. Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, et al. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology*. 2004 Mar;63(3):461-5.
8. Wagner TH, Hu TW. Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology*. 1998 Mar;51(3):355-61.
9. Nuotio M, Tammela TL, Luukkaala T, et al. Predictors of institutionalization in an older population during a 13-year period: the effect of urge incontinence. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Aug;58(8):756-62.
10. Miller DK, Carter ME, Miller JP, et al. Inner-city older blacks have high levels of functional disability. *J Am Geriatr Soc*. 1996 Oct;44(10):1166-73.
11. Thom DH, Haan MN, Van Den Esden SK. Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age Ageing*. 1997

Sep;26(5):367-74.

12. Nakanishi N, Tatara K, Shinsho F, et al. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. *Age Ageing*. 1999 May;28(3):301-6.
13. Holroyd-Leduc J, Mehta K, Covinsky K. Urinary Incontinence and Its Association with Death, Nursing Home Admission, and Functional Decline. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004 May;52(5):712-8.
14. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health*. 1993 Dec;47(6):497-9.
15. Miles T, Palmer R, Espino D, et al. New-Onset Incontinence and Markers of Frailty: Data From the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2002) 57 (11): M698-M704.
16. Wilson MM. "Preemptive strike?": sarcopenia and nutritional intervention. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Jul;58(7):672-3; author reply 673-4.
17. Miles TP, Palmer RF, Espino DV, et al. New-Onset Incontinence and Markers of Frailty: Data From the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Jan;56(1):M19-24.
18. Seray K, Ülker G, Sumru O, et al. Risk Factors for Pressure Ulcers. *Advances in Skin & Wound Care* 2009 Sept;22(9) :412-5.
19. Miu DK, Lau S, Szeto SS. Etiology and predictors of urinary incontinence and its effect on quality of life. *Geriatr Gerontol Int*. 2010 Apr;10(2):177-82.
20. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 1992;1:349-51.
21. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State A practical method for grading the

- cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12:189-98.
22. Radloff, L. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
 23. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol Med Sci* 1994;49:M85-M94.
 24. Vellas B, Guigoz Y. Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation in nursing homes: The mini nutritional assessment. *Facts and research in Gerontology (Supplement on Nutrition and Aging)* 1994:15-59.
 25. Ruby CM, Hanlon JT, Boudreau RM, et al. The Effect of Medication Use on Urinary Incontinence in Community-Dwelling Elderly Women. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Jul 28.
 26. Katz S, Akpom C. Index of ADL. *Med Care.* 1976 May;14(5 Suppl):116-8.
 27. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist.* 1969 Autumn;9(3):179-86.
 28. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of incontinence in the county of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol.* 2000;53:1150-7.
 29. Hagglund D, Walker-Engstrom ML, Larsson G, et al. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001:1051-5.
 30. Margalith I, Gillon G, Gordon D. Urinary incontinence in women under 65: quality of life, stress related to incontinence and patterns of seeking health care. *Qual Life Res.* 2004;13:1381-90.
 31. Dugan E, Cohen SJ, Robinson D, et al. The quality of life of older adults with urinary

- incontinence: determining generic and condition-specific predictors. *Qual Life Res.* 1998;7:337-44.
- 32.** Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:892-9.
- 33.** Ware J Jr. *Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual.* Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1994.
- 34.** Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int.* 2001 Jun;87(9):760-6. Erratum in: *BJU Int* 2001 Nov;88(7):807.
- 35.** Brown J, Subak L, Gras J, et al. Urge incontinence: the patient's perspective. *J Womens Health.* 1998 Dec;7(10):1263-9.
- 36.** Grimby A, Milson I, Molander U, et al. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age Ageing.* 1993;22:82-9.
- 37.** Tennstedt S, Chiu G, Link C, et al. The effects of severity of urine leakage on quality of life in hispanic, white, and black men and women: The boston community health survey. *Urology.* 2010 Jan;75(1):27-33. Epub 2009 Oct 24.
- 38.** Lifford K, Townsend M, Curhan G, et al. The Epidemiology of Urinary Incontinence in Older Women: Incidence, Progression, and Remission. *J Am Geriatr Soc* 56:1191–1198, 2008.
- 39.** Herr H. Quality of life of incontinent men after radical prostatectomy. *J Urol* 1994;151:652-4.
- 40.** Chiarelli P, Mackenzie L, Osmotherly P, et al. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2009;55(2):89-95.

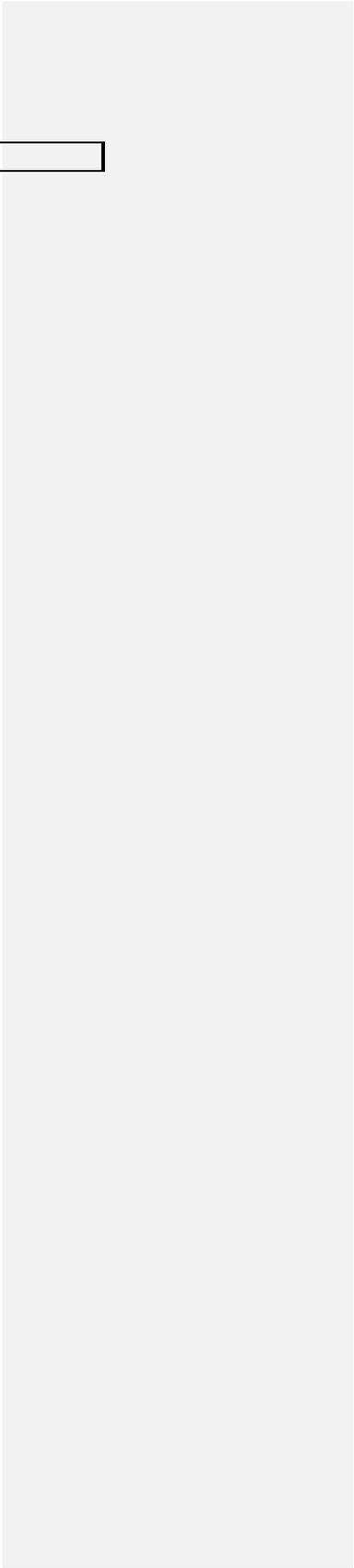
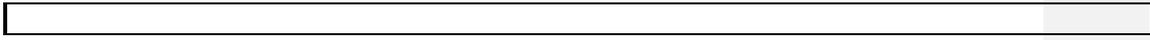
ANEXOS

1) Encuesta sobre fragilidad en adultos mayores en la delegación de Coyoacán

ENCUESTA SOBRE FRAGILIDAD EN ADULTOS MAYORES EN LA DELEGACIÓN COYOACÁN, 2007

FOLIO I _ _ _ _ _

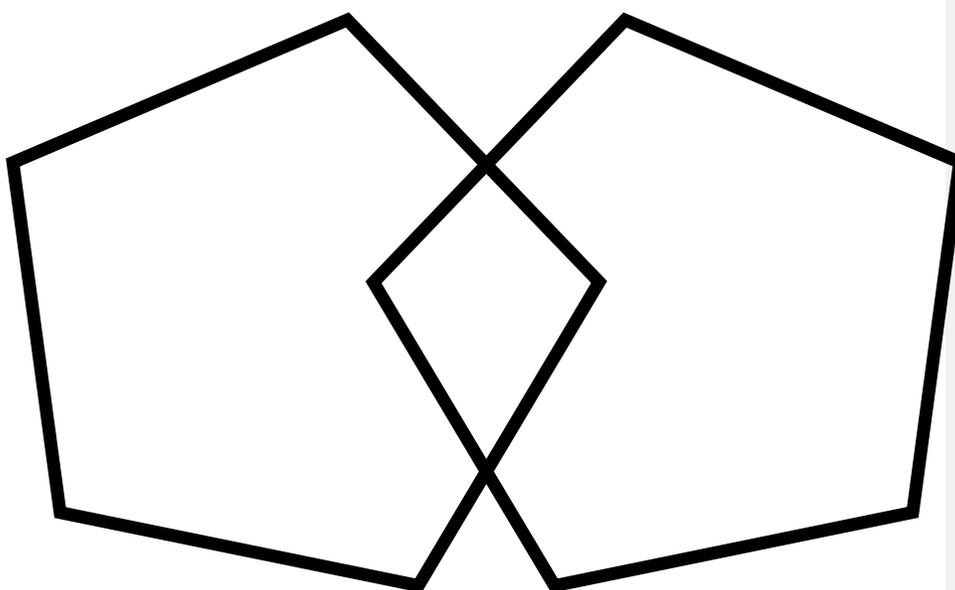
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA SELECCIONADA															
(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO)															
(CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN)															
NÚMERO EXTERIOR	NÚMERO INTERIOR	(COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL)													
DESCRIPCIÓN Y REFERENCIAS DE LA VIVIENDA															
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA Y NOTAS DE SU LOCALIZACIÓN			CROQUIS												
DESCRIPCIÓN DE LA VIVIENDA: _____															
REFERENCIAS: _____															
VISITAS DE LA ENTREVISTADOR	1	2	3	4 (O ÚLTIMA)											
FECHA	__ __ __ __ DÍA MES	__ __ __ __ DÍA MES	__ __ __ __ DÍA MES	__ __ __ __ DÍA MES	2007										
NOMBRE DE LA ENTREVISTADOR															
CLAVE DE LA ENTREVISTADOR	__ __ __	__ __ __	__ __ __	__ __ __											
HORA QUE COMENZÓ	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __											
HORA QUE TERMINÓ	__ : __	__ : __	__ : __	__ : __											
DURACIÓN	__ __	__ __	__ __	__ __	MIN										
RESULTADO*	__	__	__	__											
<p>*Código de resultados</p> <table> <tr> <td>01 Entrevista completa</td> <td>06 Ausente temporal (especifique motivo y fecha de regreso)</td> </tr> <tr> <td>02 Entrevista incompleta (especifique motivo)</td> <td>07 Cambió de residencia (especifique motivo, lugar y fecha de migración)</td> </tr> <tr> <td>03 Entrevista aplazada</td> <td>08 Falleció (especifique fecha)</td> </tr> <tr> <td>04 Reside en este lugar pero no se encontró a la persona al momento de la visita</td> <td>09 Otro (especifique)</td> </tr> <tr> <td>05 Se negó a dar información</td> <td></td> </tr> </table>						01 Entrevista completa	06 Ausente temporal (especifique motivo y fecha de regreso)	02 Entrevista incompleta (especifique motivo)	07 Cambió de residencia (especifique motivo, lugar y fecha de migración)	03 Entrevista aplazada	08 Falleció (especifique fecha)	04 Reside en este lugar pero no se encontró a la persona al momento de la visita	09 Otro (especifique)	05 Se negó a dar información	
01 Entrevista completa	06 Ausente temporal (especifique motivo y fecha de regreso)														
02 Entrevista incompleta (especifique motivo)	07 Cambió de residencia (especifique motivo, lugar y fecha de migración)														
03 Entrevista aplazada	08 Falleció (especifique fecha)														
04 Reside en este lugar pero no se encontró a la persona al momento de la visita	09 Otro (especifique)														
05 Se negó a dar información															
OBSERVACIONES															



EVALUACIÓN COGNITIVA (MMS)

POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL ADULTO MAYOR SELECCIONADO PARA REALIZAR LA ENTREVISTA:		
<p>“Ahora voy a hacerle unas preguntas para evaluar su memoria, su capacidad para concentrarse, su orientación, etc. Algunas preguntas son muy sencillas y otras más complicadas. No se preocupe si no puede contestar todas correctamente, solamente haga su mejor esfuerzo. ¿Listo?..... Empezamos.”</p>		
ENTREVISTADOR: PUNTÚE ÚNICAMENTE LAS RESPUESTAS CORRECTAS		
	(Puntuación máxima)	Puntuación
X.1 ¿En que año estamos?	(1)	
X.2 ¿En que mes estamos?	(1)	
X.3 ¿Cuál es la fecha de hoy?	(1)	
X.4 ¿En que día de la semana estamos?	(1)	
X.5 Sin ver su reloj dígame ¿Qué hora es? (SE CONSIDERA CORRECTA UNA DIFERENCIA DE HASTA ± 1 HORA)	(1)	
X.6 ¿Dónde estamos?	(1)	
X.7 ¿Cuál es el nombre de la calle en que estamos?	(1)	
X.8 ¿En que colonia estamos?	(1)	
X.9 ¿En que ciudad estamos?	(1)	
X.10 ¿En que país estamos?	(1)	
ENTREVISTADOR: DIGA LAS PALABRAS A RAZÓN DE UNA POR SEGUNDO Y PUNTÚE ÚNICAMENTE LAS PALABRAS REPETIDAS EN EL PRIMER INTENTO.		
X.11 Repita las siguientes palabras: - Lápiz Llave Libro	(3)	
X.12 Deletree la palabra MUNDO al revés (O D N U M)	(5)	
X.13 ¿Podría decirme las tres palabras que le pedí repitiera hace unos instantes?	(3)	
X.14 ¿Qué es esto? (MUESTRE UN LÁPIZ)	(1)	
X.15 ¿Qué es esto? (MUESTRE UN RELOJ)	(1)	
X.16 Repita esta frase "Ni sí es, ni no es, ni peros" (LA INSTRUCCIÓN NO PUEDE REPETIRSE)	(1)	
X.17 Escuche con atención porque no puedo repetirle: "Tome esta hoja con la mano derecha / Dóblela por la mitad / y tírela al piso"	(3)	
X.18 Lea esto y haga lo que allí dice (CIERRE LOS OJOS)	(1)	
X.19 Escriba una frase completa que quiera usted. decirme (PARA QUE LA ORACIÓN SEA CORRECTA DEBE CONTENER UN SUJETO (O SUJETO TÁCITO), VERBO Y OBJETO DIRECTO)	(1)	
X.20 Copie este dibujo (PENTÁGONOS ENTRECruzADOS) (PARA QUE LA COPIA SEA CORRECTA, CADA FIGURA DEBE TENER CINCO ÁNGULOS Y CRUZARSE UNO DE ELLOS)	(1)	

Cierre los ojos



Si la persona adulta mayor seleccionada tiene una puntuación entre 0 y 15 se debe buscar un informante sustituto que cuide o viva con la persona seleccionada, para responder el cuestionario.

Si el informante sustituto tiene mas de 74 años debe realizar la Evaluación Cognitiva, si tiene una puntuación entre 0 y 15 se debe terminar la entrevista.

DATOS DEL INFORMANTE SUSTITUTO O AUXILIAR

NOTA: EN CASO DE NO HABER TERMINE LA ENTREVISTA

(NOMBRE, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO)

PARENTESCO CON EL SELECCIONADO

RENGLÓN EN LA CÉDULA DEL HOGAR

1. AÑOS ____ 2. MESES ____
TIEMPO DE CONOCERLO (NO FAMILIAR)

LOS DATOS QUE PROPORCIONES SON ANÓNIMOS Y SE USAN SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE REGISTRO	SELECCIONADO	RESIDENTES DEL HOGAR		MAYORES DE 12 AÑOS					ADULTO MAYOR SELECCIONADO	
		1. IDENTIFICACIÓN	3. SEXO	4. PARENTESCO	5. EDAD	6. ESCOLARIDAD	7. ESTADO CIVIL	8. C. DE ACTIVIDAD	9. RECIBE APORTES	10. DA APORTES
		Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que normalmente viven en este hogar, empezando por el Adulto Mayor seleccionado y de mayor a menor . No olvide incluir a los niños y a los ancianos.	Hombre...1 Mujer.....2	¿Qué parentesco tiene (NOMBRE) con ej JEFE DEL HOGAR? Espos(a) compañero(a).....02 Hijo (a).....03 Padre o madre.....04 Abuelo (a).....05 Hermano (a).....06 Cuñado (a).....07 Yerno o nuera.....08 Nieto(a).....09 Sobrino (a).....10 Primo (a).....11 Suegro (a).....12 Tío (a).....13 Otro (ESPECIFIQUE).....15	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? Menor de un año.....00	¿Hasta que año y grado (NOMBRE) aprobó en la escuela? NIVEL: No fue a la escuela.....0 Primaria.....1 Secundaria.....2 Preparatoria o Bachillerato.....3 Carrera técnica o comercial.....4 Normal.....5 Profesional.....6 Postgrado.....7 NO SABE.....88 NR.....99	¿Cuál es el estado civil de (NOMBRE)? Soltero(a).....1 Casado(a).....2 Divorciado(a).....4 Separado(a).....5 Viudo(a).....6 NO SABE.....8 NR.....9	¿Cuál fue la actividad principal de (NOMBRE), durante el mes pasado? Trabajó a cambio de un ingreso o beneficio...1 Trabajó sin recibir ingresos ni beneficios.....2 Desempleado.....3 Pensionado o jubilado.....4 Incapacidad.....5 Es estudiante.....6 Se dedica a los quehaceres del hogar.....7 Ninguna.....8 No sabe.....88 NR.....99	¿(NOMBRE) aporta dinero para los gastos del hogar? Si.....1 No...2 No sabe...88 NR.....99	¿Usted le ha otorgado a (NOMBRE) algún tipo de ayuda, como cuidar a sus nietos, cuidar personas, vigilar sus propiedades, en los quehaceres del hogar, darle vales de despensa o dinero? Si.....1 No...2 No sabe...88 NR.....99
		2. VERIFICACIÓN								
		Entonces, ¿son: <input type="checkbox"/> personas las que forman este hogar? Sí.....1 No.....2 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA </div>								
		NOMBRE	CÓDIGO	PARENTESCO	AÑOS	AÑO NIVEL	CÓDIGO	OCUPACION	APORTACIÓN	HA DADO AYUDA
01	01	Jefe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. DATOS DEMOGRÁFICOS

--

DATOS GENERALES

A.4 ¿Cuántos años estudió usted?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100px;"> _ _ </td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">.88</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td style="text-align: right;">.99</td> </tr> </table>	_ _		No sabe88	NR99																									
_ _																																
No sabe88																															
NR99																															
A.4a ¿Sabe leer y escribir un recado?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	NR	9																							
Sí	1																															
No	2																															
No sabe	8																															
NR	9																															
A.5 ¿Sabe contar del 1 al 10?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	NR	9																							
Sí	1																															
No	2																															
No sabe	8																															
NR	9																															
A.6 Antes de cumplir 10 años, ¿tuvo usted, un problema serio de salud que afectó sus actividades normales por un mes o más? Por ejemplo: varicela, sarampión, hepatitis.....	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td style="text-align: right;">9</td> </tr> </table>	Sí	1	No	2	No sabe	8	NR	9																							
Sí	1																															
No	2																															
No sabe	8																															
NR	9																															
A.7 Antes de cumplir 10 años, ¿tuvo usted, alguna de las siguientes enfermedades o padecimientos?:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">NS</th> <th style="text-align: center;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) tuberculosis</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>b) fiebre reumática</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>c) polio</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>d) fiebre tifoidea</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>e) un golpe serio en la cabeza por el cual se desmayó</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	NS	NR	a) tuberculosis	1	2	8	9	b) fiebre reumática	1	2	8	9	c) polio	1	2	8	9	d) fiebre tifoidea	1	2	8	9	e) un golpe serio en la cabeza por el cual se desmayó	1	2	8	9	
	Sí	No	NS	NR																												
a) tuberculosis	1	2	8	9																												
b) fiebre reumática	1	2	8	9																												
c) polio	1	2	8	9																												
d) fiebre tifoidea	1	2	8	9																												
e) un golpe serio en la cabeza por el cual se desmayó	1	2	8	9																												

ESTADO CIVIL

A.8 Actualmente usted..... (Lea todas las opciones hasta obtener una respuesta afirmativa)	¿Es soltero(a)?.....	1
	¿Es casado(a)?.....	2
	¿Vive en unión libre?.....	3
	¿Es divorciado(a)?.....	4
	¿Es separado(a) de una unión libre?.....	5
	de un matrimonio?.....	6
	¿Es viudo(a) de unión libre?.....	7
	de un matrimonio?.....	8
	No sabe.....	88
	NR.....	99

FECUNDIDAD (MUJERES)

A.9 ¿Cuántos hijos e hijas que nacieron vivos ha tenido usted.?	Número _ _ Ninguno.....00 No sabe.....98 NR.....99	} → A.11
A.10 De los hijos e hijas que nacieron vivos, ¿cuántos viven todavía?	Número _ _ Todos.....96 No sabe.....98 NR.....99	

HISTORIA DE MIGRACIÓN

A.11 ¿En qué estado (país) nació usted?	D.F.....1 Otro especifique:.....2 No sabe.....98 NR.....99	Si la respuesta es D.F. pase a la A.14
A.12 ¿Cuántos años tenía cuando migro a la Ciudad de México?	_ _ _ No sabe.....88 NR.....99	
A.13 ¿Como cuántos años ha vivido en esta ciudad?	Años..... _ _ _ Menos de 6 meses.....95 6-11 meses.....96 Siempre ha vivido aquí.....97 No sabe.....98 NR.....99	
A.14A ¿Sus padres nacieron en este país?	Sí Papá.....1 Sí Mamá.....2 Sí Ambos.....3 No.....4 No sabe.....8 NR.....9	Si la respuesta es NO pase a la A.14B

A.15A ¿Sus padres hablan o hablaban alguna lengua indígena?	Sí Papá1 Sí Mamá.....2 Sí Ambos3 ¿Cuál? _____ No4 No sabe.....8 NR.....9	
A.14B ¿Sus abuelos nacieron en este país?	Sí, Ambos1 Sí, Alguno de ellos2 No3 No sabe.....8 NR.....9	Si la respuesta es NO pase a la A.16
A.15B ¿Sus abuelos hablan o hablaban alguna lengua indígena?	Sí, Ambos1 Sí, Alguno de ellos2 ¿Cuál? _____ No3 No sabe.....8 NR.....9	

RELIGIÓN

A.16 ¿Qué tan importante es la religión en su vida? ¿Diría que es...?	Muy importante.....1 Algo importante2 Nada importante3 No sabe.....8 NR9	
A.17 En los últimos 2 años, ¿ha hecho algún trabajo voluntario para organizaciones religiosas, educativas, de caridad o para la comunidad?	Sí.....1 No2 No sabe.....8 NR.....9	

B. ESTADO DE SALUD

PERCEPCIÓN Y ESTADO DE SALUD GENERAL

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud...																										
1. Durante los últimos tres meses, ¿estuvo alguna vez en cama todo ó la mayor parte del día debido a alguna enfermedad ó lesión?	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 Nr 9																									
2. ¿Tiene Ud. limitación o dificultad para.....	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Ns</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) caminar?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) usar sus brazos y manos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) oír sin utilizar aparato?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) hablar (es mudo)?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) ver sin lentes o sólo ve sombras?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Ns	a) caminar?	1	2	8	b) usar sus brazos y manos?	1	2	8	c) oír sin utilizar aparato?	1	2	8	d) hablar (es mudo)?	1	2	8	e) ver sin lentes o sólo ve sombras?	1	2	8	
	Sí	No	Ns																							
a) caminar?	1	2	8																							
b) usar sus brazos y manos?	1	2	8																							
c) oír sin utilizar aparato?	1	2	8																							
d) hablar (es mudo)?	1	2	8																							
e) ver sin lentes o sólo ve sombras?	1	2	8																							

SÍNTOMAS

3. Durante los últimos dos años, ¿ha tenido	Sí No Ns
a) Hinchazón en los pies o	

alguno de los siguientes problemas o molestias frecuentemente...?	en los tobillos?	1	2	8
	b) Dificultad para respirar cuando está acostado?	1	2	8
	c) Mareos o desmayos?	1	2	8
		1	2	8
	d) Fatiga severa o agotamiento serio?	1	2	8
	e) Dolor de piernas al (o después de) caminar?	1	2	8
	f) Dolor de estómago ?	1	2	8
	g) Ardor o quemazón al orinar?	1	2	8
	1	2	8	
	h) Sangrado al orinar o al ir al baño?	1	2	8

DOLOR EN EL PECHO

4. Durante los últimos tres meses, ¿ha sentido dolor ó presión en el pecho?	Sí	1	(si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B7)
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr	9	
5. ¿Le ha dado este dolor (ó malestar) cuando camina cuesta arriba ó cuando se apresura?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	
6. ¿Le ha dado este dolor ó malestar cuando camina al paso regular a nivel plano?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	

FALTA DE AIRE

7. ¿Le crea problema respirar (se le corta la respiración) cuando camina rápidamente ó camina cuesta arriba?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	
8. ¿Siente que le falta aire (se le corta la respiración) cuando se baña ó cuando se viste?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	

CARDIOVASCULAR

9. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que Ud. había sufrido un ataque del corazón o un infarto?	Sí	1	(si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B13)
	No	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	
10. ¿Tuvo uno, o más de uno?	Más de uno	1	
	Uno	2	
	No sabe.....	8	
	Nr	9	

11. ¿Cuándo sufrió un ataque por primera vez?	Años de edad 1 _ _ _ Año 2 _ _ _ _ Sucedió hace ... años 3 _ _ _ Sucedió hace ... meses 4 _ _ _ No sabe98 Nr99	
12. ¿Cuándo sufrió el último ataque?	Años de edad 1 _ _ _ Año 2 _ _ _ _ Sucedió hace ... años 3 _ _ _ Sucedió hace ... meses 4 _ _ _ No sabe98 Nr99	

EMBOLIA CEREBRAL

13. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted había sufrido una embolia cerebral?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr 9	} → (si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B19)
14. ¿Tuvo más de una?	Más de uno 1 Uno 2 No sabe 8 Nr 9	
15. ¿Cuántos años tenía cuando sufrió la primera embolia?	Años de edad 1 _ _ _ Año 2 _ _ _ _ Sucedió hace ... años 3 _ _ _ Sucedió hace ... meses 4 _ _ _ No sabe98 Nr99	
16. ¿Cuándo sufrió la última embolia?	Años de edad 1 _ _ _ Año 2 _ _ _ _ Sucedió hace ... años 3 _ _ _ Sucedió hace ... meses 4 _ _ _ No sabe98 Nr99	
17. ¿Le hospitalizaron por una noche o más cuando sufrió la o (las) embolia (s)?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr 9	
18. ¿Tiene Ud consecuencias de la (las) embolia	<div style="text-align: right;">Sí No Ns</div> a) debilidad o dificultad en	

(s):	usar brazo o pierna? 1 2 8	
	b) dificultad para caminar? 1 2 8	
	c) dificultad para hablar? 1 2 8	
	d) ¿otra dificultad? _____ 1 2 8 (Especifique)	

HIPERTENSIÓN

19. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene la presión alta?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr 9	} (si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B25)
20. ¿Cuántos años tenia cuando le dijeron eso por primera vez?	Años de edad 1 Año 2 Sucedió hace ... años 3 Sucedió hace ... meses 4 No sabe 98 Nr 99	
21. ¿Alguna vez ha tomado medicina recetada por un médico para la presión alta?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr 9	} → (si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B23)
22. ¿Actualmente, está tomando alguna medicina para la presión alta?	Sí siempre 1 Ocasionalmente 2 Ninguna 3 No sabe 8 Nr 9	
23. (Además de la medicina que toma), ¿lleva algún (otro) tratamiento para controlar su presión alta?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr 9	} → si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B.25

24. ¿Qué tratamiento lleva? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Plan de alimentación 01 Realiza algún ejercicio físico 02 Homeopatía (chochos) 03 Herbolaría 04 Disminución del consumo de sal 05 Otro _____ 06 (Especifique) No sabe 98 Nr 99	
---	--	--

CÁNCER

25. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que Ud. tenía cáncer ó un tumor maligno de cualquier	Sí 1	
--	------------	--

tipo?	No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B.29
26. ¿En que parte del cuerpo lo tenía (tiene)? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Cervico Uterino 01 En el seno..... 02 En el recto o intestino..... 03 En la próstata..... 04 En la piel..... 05 Otro 06 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	
27. ¿Cuántos años tenia cuando le dijeron eso por primera vez?	Años de edad..... 1 Año 2 Sucedió hace ... años 3 Sucedió hace ... meses 4 No sabe 98 Nr..... 99	
28. ¿Le dieron algún tratamiento para el cáncer? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Cirugía..... 01 Quimioterapia 02 Radioterapia 03 Cirugía y Radioterapia 04 Cirugía y Quimioterapia 05 Ninguno.....06 Otro 07 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	

DIABETES

29. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted padecía de diabetes, tenía azúcar en la orina, o azúcar alta en la sangre?	Sí.....1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B.44
30. ¿Cuántos años tenia cuando le dijeron eso por primera vez?	Años de edad..... 1 Año 2 Sucedió hace ... años 3 Sucedió hace ... meses 4 No sabe 98 Nr..... 99	
31. ¿Ha tenido tratamiento médico para controlar la diabetes o el azúcar en la sangre?	Sí.....1 No.....2	

	No sabe8 Nr.....9	
32. ¿Actualmente, está tomando alguna medicina para la diabetes?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → si la respuesta es NO, NO SABE O NR pase a la pregunta B.34
33. ¿El médico le recetó pastillas ó inyecciones de insulina ó ambas juntas?	Pastillas 01 Inyecciones de insulina 02 Ambas juntas 03 No sabe 98 Nr..... 99	
B.34 ¿Actualmente lleva algún otro tratamiento para controlar su azúcar? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Sí ¿Cual? Plan de alimentación.....1 Realiza algún ejercicio físico2 Homeopatía (chochos)3 Herbolaria4 Otros.....5 No..... 7 No sabe8 Nr.....9	
B.35 Debido a la diabetes, ¿ha tenido Ud. problemas con los riñones?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.38
B.36 ¿Actualmente, está Ud. recibiendo diálisis o algún otro tratamiento artificial para los riñones?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
B.37 ¿Ha recibido Ud. un transplante de riñón?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
B.38 Debido a la diabetes, ¿ha tenido Ud. problemas con sus ojos?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} B.40
B.39 ¿Ha recibido alguna vez tratamiento para los ojos con rayo láser?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
B.40 ¿Ha tenido usted alguna vez problemas en la circulación en las piernas ó en los brazos	Sí1	

debido a la diabetes?	No.....2 No sabe8 Nr.....9	
B.41 ¿Le han amputado alguna parte del cuerpo debido a la diabetes? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	No ha tenido amputación 10 Dedos de las manos 01 Dedos de los pies 02 Un pie 03 Los dos pies..... 04 Mitad de pierna 05 Las dos piernas (rodilla, abajo) 06 Otro _____ 07 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	
B.42 ¿Alguno de sus padres ha tenido diabetes?	No, ninguno 0 Sí, madre solamente 1 Sí, padre solamente 2 Sí, ambos 3 Sí madre, no sé padre 4 Sí padre, no sé madre 5 No sabe 8 Nr..... 9	
B.43 Debido a la diabetes, ¿Que medidas preventivas ha seguido para evitar complicaciones? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Ninguna 10 Revisión oftalmológica 01 Revisión de pies 02 Examen de orina 03 Examen de riñón 04 Otra _____ 05 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	

DISLIPIDEMIA

B.44 ¿Algún médico le ha dicho que Ud. tiene el colesterol alto?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.48
B.45 ¿Cuántos años tenía cuando le dijeron eso por primera vez?	Años de edad..... 1 Año 2 Sucedió hace ... años 3 Sucedió hace ... meses 4 No sabe 98 Nr..... 99	
B.46 ¿Ha seguido algún tratamiento para el colesterol alto?	Ninguno 10 Medicamentos 01	→ B.48

(CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Dieta..... 02	} → B.48
	Aumento de la actividad física..... 03	
	Otro _____ (Especifique) 04	
	No sabe 98	
	Nr..... 99	
B.47 ¿Actualmente está tomando un tratamiento prescrito por un médico para el colesterol alto?	Sí.....1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	
B.48 ¿Algún médico le ha dicho que Ud. tiene triglicéridos altos?	Sí.....1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → B.50
B.49 ¿Ha seguido algún tratamiento para el los triglicéridos altos? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Ninguno 10 Medicamentos 01 Dieta 02 Aumento de la actividad física..... 03 Otro _____ (Especifique) 04 No sabe 98 Nr..... 99	

TIROIDES

B.50 ¿Algún familiar (ya sean abuelos, padres hijos, hermanos, tíos, primos) ha tenido o tiene una enfermedad de la glándula tiroides?	Sí.....1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → B.52
B.51 De los familiares que han tenido (tiene) alguna enfermedad tiroidea, ¿la manifestación ha sido: (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	hipertiroidismo? 01 hipotiroidismo?..... 02 bocio (crecimiento de la tiroides)?..... 03 nódulo tiroideo? 04 cáncer de tiroides?..... 05 No sabe 98 Nr..... 99	
B.52 ¿Usted ha tenido alguna enfermedad de la tiroides?	Sí.....1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → B.60
B.53 ¿Cuántos años tenía cuando le dijeron eso por primera vez?	Años de edad..... 1 _ _ Año 2 _ _ _ Sucedió hace ... años 3 _ _ Sucedió hace ... meses 4 _ _ No sabe 98	

Con formato: Portugués (Brasil)

	Nr..... 99	
B.54 ¿La manifestación de su problema de tiroides ha sido: (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	hipertiroidismo? 1 hipotiroidismo?..... 2 bocio (crecimiento de la tiroides)?..... 3 nódulo tiroideo? 4 cáncer de tiroides?..... 5 No sabe 8 Nr..... 9	
B.55 ¿Alguna vez ha tomado tratamiento para la tiroides?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.60
B.56 ¿Actualmente toma un tratamiento para la tiroides?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.60
B.57 ¿El tratamiento que toma actualmente para su padecimiento tiroideo es: (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	hormonas tiroideas? 01 tapazol o tiamazol? 02 otro? _____ 03 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	
B.58 ¿Ha sido operado(a) de la tiroides?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
B.59 ¿Ha recibido yodo radioactivo?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	

METABOLISMO MINERAL (FRACTURAS)

B.60 ¿Algunos de sus padres o hermanos han tenido alguna fractura?	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Parentesco</th> <th>Fractura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Padre</td> <td>a) _____</td> </tr> <tr> <td>2. Madre</td> <td>b) _____</td> </tr> <tr> <td>3. Hermanos</td> <td>c) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>No.....4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nr.....9</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Parentesco	Fractura	1. Padre	a) _____	2. Madre	b) _____	3. Hermanos	c) _____		_____		_____		_____	No.....4		No sabe8		Nr.....9		
Parentesco	Fractura																					
1. Padre	a) _____																					
2. Madre	b) _____																					
3. Hermanos	c) _____																					

No.....4																						
No sabe8																						
Nr.....9																						
B.61 ¿Usted ha tenido alguna fractura?	Sí1 No2 No sabe8	} → B.67																				

	Nr.....9	
B.62 ¿En qué parte del cuerpo? (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	Cadera..... 01 Columna 02 Muñeca..... 03 Pierna (Fémur, Radio, Cúbito) 04 Tobillo (Carpo, Metacarpo)..... 05 Costillas 06 Otra 07 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	
B.63 ¿A partir de cumplir 50 años de edad, algún doctor le diagnosticó fractura en la cadera?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr..... 9	} → B.65
B.64 ¿Cuándo le dijeron eso?	Años de edad..... 1 Año 2 Sucedió hace ... años 3 Sucedió hace ... meses 4 No sabe 88 Nr..... 99	
B.65 ¿A partir de cumplir 50 años de edad, le ha dicho un doctor que Ud. tuvo (tiene) uno o varios huesos fracturados?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr..... 9	} → B.67
B.66 ¿La fractura era(es) en: (CIRCULE HASTA 3 OPCIONES)	la muñeca? 01 el brazo? 02 la espalda o la columna? 03 las costillas 04 otros huesos? 05 (Especifique) No sabe 98 Nr..... 99	
B.67 ¿A usted le han diagnosticado osteoporosis?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr..... 9	
B.68 ¿Le han diagnosticado osteoporosis a algunos de sus padres o hermanos?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr..... 9	} → B.70
B.69 ¿A quién?	Padre 01	

(CIRCULE TODOS LOS QUE MENCIONE)	Madre	02	
	Hermanos(as)	03	
	No sabe	98	
	Nr.....	99	
B.70 ¿Usted ha tenido cálculos renales o ha arrojado arenillas por la orina?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	
B.71 ¿Usted ha tenido concentraciones altas de calcio en sangre?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	
B.72 ¿Ha tenido Ud. diarrea crónica o le han diagnosticado mala-absorción intestinal?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	
B.73 En promedio ¿cuanto tiempo se expuso a la luz del sol directamente durante los últimos 7 días?	Minutos	1	
	Horas	2	
	No se ha expuesto	00	
	No sabe88	
	Nr.....	.99	

ARTRITIS

B.74 Durante el mes pasado, ¿Se ha levantado con alguna parte del cuerpo con rigidez o entumida, o con dolor que le duró por lo menos 15 minutos?	Sí	1	} → B.76
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	
B.75 ¿En que parte del cuerpo? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	En el hombro o brazo superior	01	
	La cadera o muslo	02	
	Las rodillas.....	03	
	Las manos o las muñecas	04	
	Todo el cuerpo.....	05	
	Otra parte del cuerpo _____ (Especifique)	07	
	No sabe	98	
	Nr.....	99	
B.76 ¿Le ha dicho alguna vez el doctor que Ud. tiene artritis o reumatismo?	Sí	1	} → B.81
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	
B.77 ¿Le ha dicho el doctor que tome pastillas u otra medicina para el tratamiento de la artritis?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr.....	9	

B.78	En el mes pasado, ¿notó Ud. algún dolor o malestar en sus articulaciones al estar de pie o al caminar?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr. 9	} → B.81
B.79	¿En que parte del cuerpo? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	La espalda 01 La cadera 02 Las rodillas 03 Los tobillos (pies) 04 Otra parte del cuerpo _____ . 05 (Especifique) No sabe 98 Nr. 99	
B.80	En el mes pasado, ¿qué tanto le impidió el dolor ó el malestar realizar sus actividades normales?	Mucho 01 Poco 02 Nada 03 No sabe 98 Nr. 99	

INCONTINENCIA

Ahora necesitamos saber para el estudio si ...			
B.81	¿Requiere Ud. una sonda (catéter) o colector de orina?	Sí, Fija 1 Sí, Temporalmente 2 No 3 No sabe 8 Nr. 9	→ B.92
B.82	¿Tiene Ud. dificultad en detener o controlar la orina?	Sí 1 No 2 No sabe 8 Nr. 9	} → B.92
B.83	¿Cuántas veces al día le sucede esto?	Veces al día 1 _ _ No sabe 88 Nr. 99	
B.85	¿Se orina Ud. al momento de toser fuertemente, estornudar, vomitar, levantar algo, reír ó hacer algún esfuerzo?	Sí 1 No 2 También en otra circunstancia 3 No sabe 8 Nr. 9	
B.86	Cuando se orina, ¿generalmente qué cantidad de orina es?	Mucho 1 Regular 2 Poco 3 No sabe 8 Nr. 9	

B.87	Cuando esta orinando, ¿generalmente puede aguantarse y dejar de orinar?	Sí1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	
B.88	¿Siente Ud. dolor al orinar?	Sí1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	
B.89	Generalmente, ¿cuántas veces orina Ud. durante el día?	8 veces o más.....1 6 ó 7 veces2 5 veces ó menos.....3 No sabe8 Nr.....9	
B.90	Generalmente, ¿cuántas veces orina durante la noche?	4 veces o más.....1 2 ó 3 veces2 Una vez ó menos.....3 No sabe8 Nr.....9	
B.91	¿Qué tan ha menudo tiene Ud. que usar algo de protección porque se moja con la orina?	Nunca00 Siempre01 Algunas veces02 Solamente durante el día03 Solamente durante la noche04 Otro05 (Especifique) No sabe98 Nr.....99	

VISIÓN

B.92	FILTRO: TIPO DE DISCAPACIDAD (VER PREGUNTA B.2)	CEGERA1 OTRA O NINGUNA2	→ B.97
B.93	¿Usa Ud. anteojos, lentes de contacto, ó ambos a la misma vez?	Ninguno0 Anteojos.....1 Lentes de contacto.....2 Ambos a la misma vez.....3 No sabe8 Nr.....9	→ B.97 } → B.97
B.94	¿Usa Ud. lentes para leer ó para otras actividades a corta distancia?	Sí1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	
B.95	¿Usa Ud. lentes para ver mejor a larga distancia?	Sí1 No.....2	

	No sabe8 Nr.....9																	
B.96 ¿Puede mirar bien para reconocer a un amigo o a un miembro de la familia (sin lentes):	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Ns</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) de una acera a otra?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) desde la entrada a un cuarto?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) a la distancia de un brazo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Ns	a) de una acera a otra?	1	2	8	b) desde la entrada a un cuarto?	1	2	8	c) a la distancia de un brazo?	1	2	8	
	Sí	No	Ns															
a) de una acera a otra?	1	2	8															
b) desde la entrada a un cuarto?	1	2	8															
c) a la distancia de un brazo?	1	2	8															

AUDICIÓN

B.97 FILTRO: TIPO DE DISCAPACIDAD (VER PREGUNTA B.2)	SORDERA SIN APARATO PARA OÍR1 OTRA O NINGUNA2	→ B.101
B.98 ¿Alguna vez ha usado aparato para oír?	SÍ1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.101
B.99 ¿Con qué frecuencia usa Ud. un aparato para oír?	Casi nunca1 De vez en cuando2 Frecuentemente3 Siempre4 No sabe8 Nr.....9	
B.100 ¿Usualmente, puede Ud. oír y entender lo que las personas dicen sin verle a la cara si esa persona le habla en voz normal o en un cuarto sin ruidos?	Sí, sin un aparato1 Sí, con un aparato2 No3 No sabe8 Nr.....9	

CAÍDAS

Ahora hablaremos acerca de las caídas o el riesgo de sufrir una caída ...		
B.101 Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces sufrió una caída, terminando en el piso?	Ninguna0 Una vez2 Dos veces3 Tres o más veces4 No sabe8 Nr.....9	→ B.104 } → B.104
B.102 Como consecuencia de haber sufrido esta caída (alguna de estas caídas), ¿tuvo que ir al hospital?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
B.103 ¿Cuánto miedo tiene de caerse?	Mucho miedo1 Poco miedo2 Algo de miedo3 Nada de miedo4 No sabe8 Nr.....9	

--	--	--

DOLOR

B.104 ¿Sufre de dolor físico a menudo?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → B.107
B.105 ¿Cómo es el dolor físico la mayor parte del tiempo?	Severo1 Leve2 Moderado3 No sabe8 Nr.....9	Carta EVA (Evaluación analoga del dolor)
B.106 ¿Este dolor le limita sus actividades normales como las labores del hogar o el trabajo?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	

CUIDADOS PREVENTIVOS

B.107 En los últimos cinco años, ¿ha tenido alguna de las siguientes pruebas o procedimientos médicos:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Ns</td> </tr> <tr> <td>a) Vacuna contra la Influenza?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Vacuna contra el Neumococo?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Vacuna contra el Tétanos?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Análisis de sangre para el Colesterol?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Prueba para la Tuberculosis?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Prueba para la Diabetes?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) Prueba para la Hipertensión o presión alta?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Sí	No	Ns	a) Vacuna contra la Influenza?	1	2	8	b) Vacuna contra el Neumococo?	1	2	8	c) Vacuna contra el Tétanos?	1	2	8	d) Análisis de sangre para el Colesterol?	1	2	8	e) Prueba para la Tuberculosis?	1	2	8	f) Prueba para la Diabetes?	1	2	8	g) Prueba para la Hipertensión o presión alta?	1	2	8					
	Sí	No	Ns																																			
a) Vacuna contra la Influenza?	1	2	8																																			
b) Vacuna contra el Neumococo?	1	2	8																																			
c) Vacuna contra el Tétanos?	1	2	8																																			
d) Análisis de sangre para el Colesterol?	1	2	8																																			
e) Prueba para la Tuberculosis?	1	2	8																																			
f) Prueba para la Diabetes?	1	2	8																																			
g) Prueba para la Hipertensión o presión alta?	1	2	8																																			
B.108 FILTRO: SEXO DEL ENTREVISTADO	HOMBRE.....1 MUJER.....2	→ B.110																																				
B.109 En los últimos dos años:	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Ns</td> </tr> <tr> <td>a) Le han examinado o se a examinado los senos para detectar nódulos o bolitas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Le han hecho una mamografía o una radiografía de los senos o un ultrasonido para detectar cáncer?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Le han hecho una prueba de Papanicolaou para cáncer de la matriz?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Alguna vez ha recibido tratamiento con hormonas femeninas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Por cuanto tiempo recibió el tratamiento con hormonas femeninas?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Por mas de 6 meses.....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Menos de 6 meses.....</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Ns.....</td> <td>8</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Sí	No	Ns	a) Le han examinado o se a examinado los senos para detectar nódulos o bolitas?	1	2	8	b) Le han hecho una mamografía o una radiografía de los senos o un ultrasonido para detectar cáncer?	1	2	8	c) Le han hecho una prueba de Papanicolaou para cáncer de la matriz?	1	2	8	d) Alguna vez ha recibido tratamiento con hormonas femeninas?	1	2	8	e) Por cuanto tiempo recibió el tratamiento con hormonas femeninas?				Por mas de 6 meses.....	1			Menos de 6 meses.....	2			Ns.....	8			} → si la respuesta es No, Ns, pase a B.111
	Sí	No	Ns																																			
a) Le han examinado o se a examinado los senos para detectar nódulos o bolitas?	1	2	8																																			
b) Le han hecho una mamografía o una radiografía de los senos o un ultrasonido para detectar cáncer?	1	2	8																																			
c) Le han hecho una prueba de Papanicolaou para cáncer de la matriz?	1	2	8																																			
d) Alguna vez ha recibido tratamiento con hormonas femeninas?	1	2	8																																			
e) Por cuanto tiempo recibió el tratamiento con hormonas femeninas?																																						
Por mas de 6 meses.....	1																																					
Menos de 6 meses.....	2																																					
Ns.....	8																																					
B.110 En los últimos dos años, ¿le han hecho un examen manual o prueba de sangre para cáncer de próstata?	Sí1 No2																																					

	Ya lo operaron3	
	No sabe8	
	Nr.....9	

PESO

B.111 ¿En los últimos 6 meses usted ha perdido peso?	Si1 No.....2 No sabe8 NR9	Si la respuesta es "No o no sabe PASE a la pregunta B 114
B. 112 ¿La pérdida de peso fue intencional?	Si1 No.....2 No sabe8 NR9	
B. 113 ¿Cuánto peso perdió?	5 kilos o más1 1 a 4 kilos2 No sabe8 NR9	

TABACO

B.114 ¿Alguna vez ha fumado cigarros? (INCLUYE MÁS DE 100 CIGARROS O 5 CAJETILLAS EN SU VIDA. NO INCLUYA PUROS O PIPA)	Sí1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → B.121
B.115 ¿Fuma cigarros actualmente?	Sí1 No.....2 No sabe8 Nr.....9	} → B.117
B.116 ¿Como cuántos cigarros o cajetillas fuma Ud. normalmente en un día?	Cigarros al día 1 _ _ _ Cajetillas al día 2 _ _ _ 87 y más cigarros.....7 No sabe8 Nr.....9	
B.117 ¿Como cuántos años tenía cuando comenzó a fumar?	Años de edad..... 1 _ _ _ Año que comenzó a fumar 2 _ _ _ _ Comenzó a fumar hace ... años 3 _ _ _ No sabe88 Nr.....99	
B.118 FILTRO: FUMA ACTUALMENTE (VER PREGUNTA B.115)	SÍ1 NO2	→ B.121
B.119 Cuando más fumaba Ud. ¿Cómo cuántos cigarros o cajetillas se fumaba al día?	Cigarros al día 1 _ _ _ Cajetillas al día 2 _ _ _ 87 y más cigarros.....77	

	No sabe88 Nr.....99																									
B.120 ¿Hace cuántos años dejó de fumar?	Hace ... años 1 Año que dejó de fumar 2 Edad que dejó de fumar 3 No sabe88 Nr.....99																									
B.121 En los últimos tres meses, ¿ha tomado:	<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: 5%; text-align: center;">Ns</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) cerveza?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) vino?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) licor?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>d) ¿otra bebida alcohólica?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____ (Especifique)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Ns	a) cerveza?	1	2	8	b) vino?	1	2	8	c) licor?	1	2	8	d) ¿otra bebida alcohólica?	1	2	8	_____ (Especifique)	1	2	8	
	Sí	No	Ns																							
a) cerveza?	1	2	8																							
b) vino?	1	2	8																							
c) licor?	1	2	8																							
d) ¿otra bebida alcohólica?	1	2	8																							
_____ (Especifique)	1	2	8																							
B.122 FILTRO: HA TOMADO BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES (VER PREGUNTA B.121)	Sí1 NO2	→ B.124																								
B.123 Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tomó Ud. bebidas alcohólicas?	Veces al día 1 Veces a la semana 2 Veces al mes 3 No sabe8 Nr.....9	} → B.125																								
B.124 ¿Alguna vez en su vida ha tomado una bebida alcohólica?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	} → C.1																								
B.125 (Cuando tomaba), ¿alguna vez ha considerado (consideró) Ud. disminuir la cantidad de bebidas alcohólicas que toma (tomaba)?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9																									
B.126 (Cuando tomaba), ¿alguna vez le ha molestado (molestó) que la gente lo critique (criticara) sobre el hecho de que toma (tomaba)?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9																									
B.127 (Cuando tomaba), ¿se siente (sintió) Ud. alguna vez mal o culpable porque toma (tomaba)?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9																									
B.128 ¿toma ó tomaba usted alguna bebida alcohólica al levantarse por la mañana para calmar sus nervios o para deshacerse de la "cruda"?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9																									

C. MEDICACIÓN, POLIFARMACIA Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA

MEDICACIÓN

Las siguientes preguntas son muy importantes para conocer el consumo de medicamentos entre las personas mayores, así como la procedencia de los mismos y quien les apoya para comprarlos o conseguirlos.

C.1 ¿Toma usted. medicamentos?	Sí1 No2 No sabe8 NR9																																																			
C.2 ¿Hay algún medicamento que le receto el medico pero que no lo toma?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	} → C.4																																																		
C.3 ¿Cuál es la causa por la cual usted no lo toma?	No le gusta tomar medicinas1 No le alcanza para comprar las medicinas de la farmacia.....2 No le hacen el efecto deseado3 Prefiere medicamentos naturales porque no tienen tanto efecto negativo en la salud4 No siente que está enfermo5 Se siente peor con el medicamento.....6 No sabe8 NR9																																																			
C.4 ¿Durante los últimos 12 meses ha utilizado como terapias o remedios caseros ...	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Ns</th> <th>Nr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Técnicas de Relajación</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Herbolaria</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Masajes</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Quiropráctico</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Acupuntura</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Terapia de Quelación</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Terapia de imanes</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Homeopatía</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Otras terapias</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Ns	Nr	Técnicas de Relajación	1	2	8	9	Herbolaria	1	2	8	9	Masajes	1	2	8	9	Quiropráctico	1	2	8	9	Acupuntura	1	2	8	9	Terapia de Quelación	1	2	8	9	Terapia de imanes	1	2	8	9	Homeopatía	1	2	8	9	Otras terapias	1	2	8	9	
	Sí	No	Ns	Nr																																																
Técnicas de Relajación	1	2	8	9																																																
Herbolaria	1	2	8	9																																																
Masajes	1	2	8	9																																																
Quiropráctico	1	2	8	9																																																
Acupuntura	1	2	8	9																																																
Terapia de Quelación	1	2	8	9																																																
Terapia de imanes	1	2	8	9																																																
Homeopatía	1	2	8	9																																																
Otras terapias	1	2	8	9																																																
C.5 ¿Cómo obtiene Usted sus medicamentos?	Los compra con su dinero1 Tarjeta de apoyo económico del GDF2 Se los da alguna institución de salud (IMSS, ISSSTE, ISEM, ISSFAM, etc.)3 Compra algunos y otros se los da algún tipo de seguridad social o privado.....4 Dispensario médico.....5 Los compra algún otro familiar6 No sabe8 NR9																																																			
C.6 ¿Cuantos medicamentos diferentes toma en un día?	Anotar el numero total No sabe..... 98 NR..... 99																																																			

C.7 ¿El último mes cuanto dinero gastó en medicamentos que usted. toma?	Gasto \$ Pesos No sabe9998 NR9999	
Le voy a preguntar algunas cosas sobre los medicamentos que toma. Por favor para las siguientes preguntas, ENTIENDA POR MEDICACIÓN TODO LO QUE UTILIZA PARA CONTROLAR O CURAR ALGUNA ENFERMEDAD O ESTADO DE SALUD COMO GOTAS, UNGÜENTOS, POMADAS Y NO SOLAMENTE MEDICAMENTOS DE PATENTE O SIMILARES, TAMBIÉN INCLUYA HIERBAS, INFUSIONES, TÉS U OTRAS COSAS.		
C.8 ¿Ha suspendido alguna vez la toma de sus medicamentos aunque sea por un día?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	} → C10
C.9 ¿Por qué?	No le parece tan malo no tomar la medicina.....01 No se siente tan mal.....02 No tenía dinero para comprar medicamento(s).....03 No quiere dar molestias a los hijos.....04 No tiene molestias y las medicinas son caras05 Ninguna de las anteriores.....06 Otro07 (Especifique) No sabe98 NR99	
C.10 ¿Toma medicamentos por cuenta propia o que sean recomendados por otras personas que no sean médicos?	Sí ¿Quién?1 No2 No sabe8 NR9	
C.11 ¿Cómo considera su estado de salud con respecto a la medicación que toma?	Muy bueno1 Bueno2 Regular3 Malo4 Muy malo5 No sabe8 NR9	
C.12 ¿Su médico le ha explicado si sus enfermedades están controladas?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	
C.13 ¿Sabe usted. si sus enfermedades están bajo control?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	} → C15
C.14 ¿Está controlado porque toma medicamentos?	Sí1 No2	→ D1

	No sabe8 NR9	
C.15 ¿A qué cree usted, que se deba que su enfermedad no se controla? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	Que su médico no está completamente preparado.....01 Que no le han realizado los estudios suficientes02 Que no ha sido referido a un especialista.....03 Su médico no tiene la suficiente experiencia en el manejo de estas enfermedades04 Le dicen que es consecuencia de la(s) enfermedad(es)05 Otro06 (Especifique) No sabe98 NR99	

D. FUNCIONALIDAD Y MOVILIDAD

Dígame por favor si usted tiene alguna dificultad en hacer cada una de las actividades diarias que le voy a mencionar. No incluya dificultades que cree que durarán menos de tres meses.

DIFICULTAD CON ACTIVIDADES	Si	No	No pue de	No lo hace	No resp	No sabe	_____
D.2 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en correr o trotar un kilómetro?	1	2	6	7	8	9	_____
D.4 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en estar sentado(a) por dos horas?	1	2	6	7	8	9	_____
D.5 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en levantarse de una silla después de haber estado sentado(a) durante largo tiempo?	1	2	6	7	8	9	_____
D.9 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en subir o extender los brazos más arriba de los hombros?	1	2	6	7	8	9	_____
D.10 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en jalar o empujar objetos grandes como un sillón?	1	2	6	7	8	9	_____
D.12 Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en recoger una moneda de 1 peso de la mesa?	1	2	6	7	8	9	_____

FILTRO. Si la persona respondió NO en todas las preguntas (D.1 a D.12) pase a la sección E.

D.13 ¿Alguien le ayuda a realizar estas actividades?	Si 1 No 2 No sabe..... 8 NR.....9	} → PASE A LA SECCIÓN E.
D.14A ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades de los integrantes del hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Jefe de Hogar..... 01 Esposo(a) compañero(a)..... 02 Hijo (a)..... 03 Padre o madre..... 04 Abuelo (a)..... 05 Hermano (a)..... 06 Cuñado (a)..... 07 Yerno o nuera..... 08 Nieto(a)..... 09 Sobrino (a)..... 10	

	Primo (a)..... 11 Suegro (a)..... 12 Tío (a)..... 13 Otro (ESPECIFIQUE)..... 14 Ninguno..... 99	
D.14 B ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades que no pertenecen al hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Esposo(a) compañero(a)..... 02 Hijo (a)..... 03 Padre o madre..... 04 Abuelo (a)..... 05 Hermano (a)..... 06 Cuñado (a)..... 07 Yerno o nuera..... 08 Nieto(a)..... 09 Sobrino (a)..... 10 Primo (a)..... 11 Suegro (a)..... 12 Tío (a)..... 13 Otro (ESPECIFIQUE)..... 14 Ninguno..... 99	

E. ACTIVIDADES BÁSICAS

Necesitamos conocer las dificultades que algunas personas tienen para hacer ciertas actividades que son importantes para la vida diaria DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD. Por favor dígame si usted, tiene dificultad (actualmente) haciendo cada una de las actividades que le voy a mencionar. NO TOMA EN CUENTA PROBLEMAS QUE UD. ESPERA QUE DUREN MENOS DE TRES MESES.			
E.1 Debido a un problema de salud, usted tiene dificultad para:		PARA CÓDIGOS 1, 6 Y 7 EN E.1	
		E.2 ¿Ha utilizado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para (ACTIVIDAD EN E.1)?	E.3 ¿Alguien le ayuda a (ACTIVIDAD EN E.1)?
a) Bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera)	Sí 1 No 2 No puede hacerlo..... 6 No lo hace..... 7 No sabe 8 NR 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
b) Vestirse (incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines o las medias)	Sí 1 No 2 No puede hacerlo..... 6 No lo hace..... 7 No sabe 8 NR 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
c) Usar el servicio sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del excusado)	Sí 1 No 2 No puede hacerlo..... 6 No lo hace..... 7 No sabe 8 NR 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
d) Subir y bajar escaleras	Sí 1 No 2 No puede hacerlo..... 6 No lo hace..... 7	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9

	No sabe8 NR9		
e) Acostarse o pararse de la cama	Sí 1 No 2 No puede hacerlo.....6 No lo hace.....7 No sabe 8 NR9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
f) Cruzar de un lugar a otro en su casa	Sí 1 No 2 No puede hacerlo.....6 No lo hace.....7 No sabe 8 NR9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
g) Utilizar cualquier instrumento para comer (tenedor, cuchara, cuchillo)	Sí 1 No 2 No puede hacerlo.....6 No lo hace.....7 No sabe 8 NR9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9
FILTRO. Si la persona respondió NO en todas las preguntas E.3 pase a E..5			

E.4 A ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades de los integrantes del hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Jefe de Hogar..... 01	
	Esposo(a) compañero(a)..... 02	
	Hijo (a)..... 03	
	Padre o madre..... 04	
	Abuelo (a)..... 05	
	Hermano (a)..... 06	
	Cuñado (a)..... 07	
	Yerno o nuera..... 08	
	Nieto(a)..... 09	
	Sobrino (a)..... 10	
	Primo (a)..... 11	
	Suegro (a)..... 12	
	Tío (a)..... 13	
	Otro (ESPECIFIQUE)..... 14	
Ninguno..... 99		
E.4 B ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades que no pertenecen al hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Esposo(a) compañero(a)..... 02	
	Hijo (a)..... 03	
	Padre o madre..... 04	
	Abuelo (a)..... 05	
	Hermano (a)..... 06	
	Cuñado (a)..... 07	
	Yerno o nuera..... 08	
	Nieto(a)..... 09	
	Sobrino (a)..... 10	
	Primo (a)..... 11	
	Suegro (a)..... 12	
	Tío (a)..... 13	
	Otro (ESPECIFIQUE)..... 14	
	Ninguno..... 99	

E. Actividades instrumentales

<p>E.5 ¿Usted tiene dificultad para utilizar el teléfono (marcar algún número telefónico, recibir llamadas, etc.)?</p>	<p>No, lo utiliza sin ayuda..... 1 Sí, Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. 2 Sí, Contesta el teléfono pero no llama 3 No usa el teléfono..... 4 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.6 ¿Usted tiene dificultad para realizar las compras?</p>	<p>No, realiza las compras necesarias 1 Sí, hace independientemente solo pequeñas compras 2 Sí, Necesita compañía para cualquier compra..... 3 No realiza compras 4 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.7 ¿Usted Tiene dificultad para ir a otros lugares solo(a)?</p>	<p>No, sale solo a cualquier parte y utiliza cualquier medio de transporte..... 1 Sí, no puede subir a un autobús (microbús)..... 2 Sí, viaja en cualquier medio de transporte solo acompañado 3 Sí, no puede subir a un autobús y solo viaja acompañado 4 No sale de casa..... 5 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.8 ¿Usted tiene dificultad para tomar sus medicinas?</p>	<p>No, las toma en la dosis y horas correctas 1 Sí, necesita que le indiquen hora y dosis..... 2 Sí, necesita que se las den..... 3 No toma medicamentos..... 4 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.9 ¿Usted tiene dificultad para manejar su propio dinero?</p>	<p>No, maneja solo su dinero 1 Sí, solo lo maneja para pequeñas compras 2 No puede manejar su dinero..... 3 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.11 ¿Usted tiene dificultad para planear y preparar una comida?</p>	<p>No, planea, prepara y sirve la comida..... 1 Sí, prepara alimentos solo cuando se le provee de lo necesario 2 Necesita que le preparen los alimentos 3 No sabe..... 8 NR..... 9</p>	
<p>E.12 ¿Usted tiene dificultad para hacer los quehaceres ligeros de la casa (hacer las camas, sacudir, etc.)?</p>	<p>No, puede hacerlo solo(a) o con mínima ayuda 1 Sí, puede hacerlo pero ineficientemente 2 Necesita siempre ayuda 3</p>	

	No participa 4 No sabe 8 NR 9	
E.13 ¿Usted tiene dificultad para hacer los quehaceres pesados de la casa (limpiar pisos, limpiar el baño, etc.)?	No, puede hacerlo solo(a) o con mínima ayuda 1 Sí, puede hacerlo pero con ayuda 2 Necesita siempre ayuda 3 No participa 4 No sabe 8 NR 9	
E.14 ¿Usted tiene dificultad para lavar su ropa?	No 1 Sí, lava solo pequeñas cosas 2 Necesita que le laven 3 No sabe 8 NR 9	
FILTRO. Si la persona respondió NO en todas las preguntas de ACTIVIDADES INSTRUMENTALES pase a la sección F.		
E.15 A ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades de los integrantes del hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Jefe de Hogar 01 Esposo(a) compañero(a) 02 Hijo (a) 03 Padre o madre 04 Abuelo (a) 05 Hermano (a) 06 Cuñado (a) 07 Yerno o nuera 08 Nieto(a) 09 Sobrino (a) 10 Primo (a) 11 Suegro (a) 12 Tío (a) 13 Otro (ESPECIFIQUE) 14 Ninguno 99	
E.15 B ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades que no pertenecen al hogar? (CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)	Esposo(a) compañero(a) 02 Hijo (a) 03 Padre o madre 04 Abuelo (a) 05 Hermano (a) 06 Cuñado (a) 07 Yerno o nuera 08 Nieto(a) 09 Sobrino (a) 10 Primo (a) 11 Suegro (a) 12 Tío (a) 13 Otro (ESPECIFIQUE) 14 Ninguno 99	

F. EVALUACIÓN COGNITIVA

ESTADO DE ÁNIMO

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION G -

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su estado de ánimo durante la última semana. Para cada una de las frases siguientes dígame si usted. se sintió así en la última semana. "usted. diría ..."

	Rara vez o nunca	Alguna vez o pocas veces	Ocasional-mente	La mayor parte del tiempo	No sabe	NR	
F.1 Me molestaron cosas que antes no me molestaban	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.2 No tuve apetito, no me agradó comer	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.3 Sentí que no se me podía quitar la tristeza, a pesar de la ayuda de mi familia y amigos	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.4 Me sentí tan bien como cualquier otro	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.5 Tuve problemas para concentrarme	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.6 Me sentí deprimido	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.7 Todo lo que hice requirió un gran esfuerzo	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.8 Tuve esperanza en el futuro	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.9 Pensé que mi vida ha sido un fracaso	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.10 Me sentí temeroso	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.11 No descansé al dormir	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.12 Estuve contento	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.13 Parece que hablé menos que de costumbre	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.14 Me sentí solo	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.15 La gente fue hostil	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.16 No disfruté de la vida	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.17 Tuve ataques de llanto	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.18 Me sentí triste	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.19 La gente no me quiso	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.20 No tenía animo para hacer nada	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>

Voy a hacerle otras preguntas, también sobre su estado de ánimo durante la última semana. Para cada una de las frases siguientes dígame como se ha sentido Usted en la última semana. "usted. diría que..."

	Todo el día	Casi todo el día	De vez en cuando	Nunca	No sabe	NR	
F.21 Me siento tenso(a) o nervioso(a)	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.22 Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>
F.23 Tengo la cabeza llena de preocupaciones	1	2	3	4	8	9	<input type="checkbox"/>

F.24 Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente	1	2	3	4	8	9	_
F.25 Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago	1	2	3	4	8	9	_
F.26 Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme	1	2	3	4	8	9	_
F.27 Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor	1	2	3	4	8	9	_

G. DESEMPEÑO COGNITIVO

G.1 ¿Ha notado que repite o pregunta lo mismo muchas veces, que pierde cosas con mayor frecuencia que antes, que olvide conversaciones o los nombres de personas que conoce bien?	Sí1 No2 No sabe.....8 NR.....9	
G.2 ¿Ha notado que tenga problemas para manejar el dinero, para hacer pagos, para ir de compras, para preparar alimentos o para utilizar aparatos electrodomésticos como la licuadora o la radio?	Sí1 No2 No sabe.....8 NR.....9	
G.3 ¿Ha notado que tenga problemas para entender lo que le dicen, para encontrar sus palabras, que use las palabras de manera incorrecta o que hable con dificultad?	Sí1 No2 No sabe.....8 NR.....9	
G.4 ¿Ha notado que no se acuerde de la fecha de hoy, que tenga dificultades para encontrar su camino o que se haya perdido en algún lugar?	Sí1 No2 No sabe.....8 NR.....9	
G.5 ¿Ha notado que tenga problemas para concentrarse, que se distraiga con facilidad o que pierda la trama de los programas de televisión?	Sí1 No2 No sabe.....8 NR.....9	
G.6 FILTRO: PROBLEMAS DE MEMORIA (VER PREGUNTAS G.1 A G.5)	ALMENOS UN SI.....1 NINGÚN SI2	→ H.1
G.7 ¿Hace cuántos años o meses comenzaron estos problemas?	Hace ... años 1 _ _ Hace ... meses..... 2 _ _ Año en que comenzó 3 _ _ _ Edad en que comenzó 4 _ _ No sabe.....88 NR.....99	
G.8 ¿Con qué rapidez aparecieron estos problemas?	Bruscamente1 Gradualmente2 No sabe.....8	

Con formato: Portugués (Brasil)

	NR.....9	
G.9 ¿Cómo han evolucionado estos problemas?	Han mejorado.....1 Están iguales que al principio.....2 Han empeorado progresivamente3 No sabe.....8 NR.....9	

H. AUTOESTIMA (ROSEMBERG)

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION I -					
	Totalmente de acuerdo (1)	De acuerdo (2)	En desacuerdo (3)	Totalmente en desacuerdo (4)	
H.1 En general me siento satisfecho de mi mismo	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.2 Algunas veces, pienso que no soy una buena persona	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.3 Siento que soy una persona con cualidades	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.4 Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de las personas.	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.5 Siento que no tengo mucho de que estar orgulloso	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.6 Definitivamente, a veces me siento inútil	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.7 Siento que valgo tanto como los demás	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.8 Me gustaría sentir más respeto por mi mismo	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.9 En general, tiendo a pensar que soy un fracaso	(1)	(2)	(3)	(4)	_
H.10 Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	(1)	(2)	(3)	(4)	_

I.1 SALUD BUCAL

HORA AL INICIAR | | | : | | |

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su boca y sus dientes. Por favor dígame si en los últimos 6 meses ...		
I.1 ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.2 ¿Ha sentido que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.3 ¿Ha tenido dolor en su boca?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.4 ¿Ha tenido puntos dolorosos en su boca?	Nunca0 Casi nunca1	

	Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.5 ¿Ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.6 ¿Se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.7 ¿Su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.8 ¿Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.9 ¿Se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.10 ¿Ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.11 ¿Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.12 ¿Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4	

	No sabe8 Nr.....9	
I.13 ¿Ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería, debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	
I.14 ¿Ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	Nunca0 Casi nunca1 Algunas veces2 Frecuentemente3 Casi siempre4 No sabe8 Nr.....9	

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A I.16 -		
I.15 ¿Considera que su salud bucal es mejor, igual o peor que otras personas de su misma edad?	Mejor.....1 Igual.....2 Peor.....3 No sabe8 Nr.....9	

USO DE PRÓTESIS Y DENTADURAS TOTALES

I.16A ¿Usa Ud. puentes removibles?	Ambos1 Superior2 Inferior.....3 Ninguna4 No sabe8 Nr.....9	
I.16B ¿Usa Ud. dentadura?	Ambas1 Superior2 Inferior.....3 Ninguna4 No sabe8 Nr.....9	Si contesto Ninguna en I.16A e I.16B pase a I.20
I.17 ¿Acostumbra usarlas durante el día?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	
I.18 ¿Acostumbra limpiar sus puentes removibles o dentaduras?	Sí1 No2 No sabe8 Nr.....9	

I.19 ¿Acostumbra dormir con sus puentes removibles o dentaduras puestos?	Sí	1	
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr	9	

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DENTALES

I.20 ¿Ha recibido atención dental en los últimos doce meses?	Sí	1	} → I.22
	No	2	
	No sabe	8	
	Nr	9	
I.21 ¿Cual fue el motivo por el que Ud. acudió a consulta dental la última vez?	Revisión	01	} → I.24
	Limpieza	02	
	Dolor dental.....	03	
	Dientes flojos	04	
	Dolor en la boca o cara	05	
	Otro _____ (Especifique)	06	
	No sabe	98	
	Nr	99	
I.22 ¿Porque razón no ha acudido al dentista en los últimos doce meses?	Falta de tiempo	01	
	Falta de dinero	02	
	Nadie me acompaña	03	
	Está muy lejos.....	04	
	Me da miedo	05	
	Desidia.....	06	
	No lo necesito	07	
	Otro _____ (Especifique)	08	
	No sabe	98	
Nr	99		
I.23 ¿Cuándo fue la última vez que acudió al dentista?	Hace ... años	1 _ _ _	
	Último año que fue	2 _ _ _ _	
	Edad que dejó de ir	3 _ _ _	
	Nunca fue al dentista.....	77	
	No sabe	88	
Nr	99		

XEROSTOMÍA

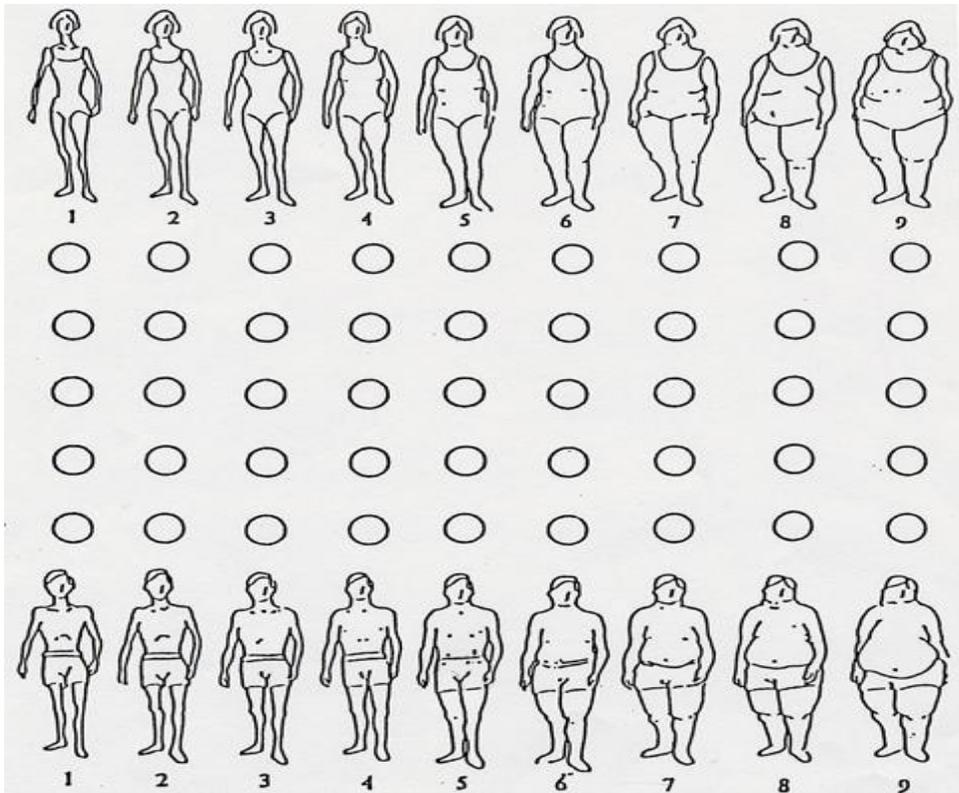
I.24 ¿Comúnmente siente la boca seca?	Nunca	0	
	Sí, siempre.....	1	
	Sí, solo cuando tomo medicamentos.....	2	
	A veces	3	
	Otro _____ (Especifique)	4	

	No sabe8	
	Nr.....9	

J. Índice de Masa Corporal en la Vida

SILUETAS

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION K -			
	Diagrama	NS	NR
J.1 ¿Qué diagrama refleja mejor su silueta a la edad de:	a) 10 años?	_ _	88 99
	b) 25 años	_ _	88 99
	c) 50 años?	_ _	88 99
	d) 65 años?	_ _	88 99
	e) actualmente?	_ _	88 99



K. ESCALA DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES (PASE)

Ahora, quisiera saber con que frecuencia, durante los últimos siete días, usted realizó hizo algunas de las actividades que le voy a mencionar. Favor de contestar las siguientes preguntas seleccionando la mejor opción: NUNCA (0 días), CASI NUNCA (1-2 días), A VECES (3-4 días), o FRECUENTEMENTE (5-7 días). Contesté las preguntas tan precisamente como pueda. Toda la información es estrictamente confidencial.

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE

K.1. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente realizó actividades sentado (a), como leer, ver la televisión o hacer cosas manuales?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.2 3. A veces 4. Frecuentemente	
K.1a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.1b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
ACTIVIDADES CAMINANDO:		
*K.2. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente caminó fuera de la casa o patio, por cualquier razón? Por ejemplo, para pasear, para hacer ejercicio, caminar al trabajo, pasear al perro, etc.?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.3 3. A veces 4. Frecuentemente	
K.2a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.2b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
DEPORTES O ACTIVIDADES RECREATIVAS LIGERAS:		
*K.3. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente realizó deportes ligeros o actividades recreativas, como gimnasia, tai chi, pinpong, jardinería recreativa, billar o actividades semejantes?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.4 3. A veces 4. Frecuentemente	
K.3a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.3b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
DEPORTES O ACTIVIDADES RECREATIVAS MODERADAS:		

K.4. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente realizó actividades deportivas o recreativas moderadas, como jugar tenis (dobles), bailar, jugar cachibol o actividades semejantes?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.5 3. A veces 4. Frecuentemente	
K.4a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.4b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
DEPORTES O ACTIVIDADES RECREATIVAS INTENSAS:		
K.5. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente realizó deportes o actividades recreativas vigorosos, como trotar, nadar, andar en bicicleta, jugar fútbol, jugar tenis (individual), gimnasia aeróbica o actividades semejantes?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.6 3. A veces 4. Frecuentemente	
K.5a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.5b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
EJERCICIOS DE FUERZA Y RESISTENCIA:		
K.6. Durante los últimos siete días, ¿qué tan frecuentemente realizó ejercicios específicamente para aumentar la fuerza muscular y la resistencia, como levantar pesas, sentadillas o lagartijas?	1. Nunca } SI LA RESPUESTA ES NUNCA, 2. Casi Nunca PASE A LA PREGUNTA K.7 3. Al veces 4. Frecuentemente	
K.6a. ¿Cuáles fueron las actividades que realizó?	Anotar actividades _____ _____ _____	
K.6b. En promedio, cuántas horas al día realizó estas actividades? (SI ES NECESARIO, LEA LA LISTA)	1. Menos de 1 hora 2. Entre una y casi dos horas 3. De 2 a 4 horas 4. Más de 4 horas 5. Se negó	
K.II. ACTIVIDADES DOMESTICAS		

K.7. Durante los últimos siete días, ¿ha hecho limpieza ligera de la casa, así como sacudir, lavar platos, planchar, limpiar o pelar frutas o verdura?	1. Sí 2. No 8. No sé 9. Se negó	
K.8. Durante los últimos siete días, ¿ha hecho la limpieza pesada de la casa, como aspirar, lavar el piso, lavar las ventanas, barrer o lavar la ropa a mano?	1. Sí 2. No 8. No sé 9. Se negó	

K.9. Durante los últimos siete días, ¿realizó alguna de las siguientes actividades?	1. Sí	2. No	8. No sé	9. Se negó
K.9.a. Reparar la casa, como pintarla, tapizar las paredes, trabajos eléctricos, impermeabilizarla, etc.	1	2	8	9
K.9.b. Arreglar el patio, cortar el pasto, etc.	1	2	8	9
K.9.c. Jardinería al aire libre.	1	2	8	9
K.9.d. Cuidar a otra persona, como un niño, su esposo(a) algún otro adulto(a).	1	2	8	9

K.10. ¿Durante los últimos siete días, ¿trabajó Usted con remuneración o de voluntario?	1. Sí 2. No 8. No sé 9. Se negó	} PASE A LA SECCIÓN L	
K.10a. ¿Cuántas horas a la semana trabajó con remuneración o de voluntario?	_ _ : _ _ 88. No sé 99. Se negó		
K.10b. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la cantidad de actividad física que exige su trabajo remunerado o de voluntario?	1. Principalmente sentado, con ligeros movimientos de los brazos [Ejemplos: actividad académica, oficinista, relojero, maquilador con actividad sentado, chofer de autobús] 2. Actividad sentado o caminando poco [Ejemplos: cajero, oficinista general, médico, trabajo con herramienta o maquinaria ligera] 3. De pie y caminando, con algún manejo de materiales que generalmente pesan menos de 24 kg. [Ejemplos: cartero(a), mesero(a), obrero de construcción, obrero con herramienta y maquinaria pesada] 4. Caminando y con trabajo manual pesado que requiere el manejo constante de materiales con un peso de 25 kilos o más. [Ejemplos: carpintero, leñador, albañil, agricultor]		

L. CALIDAD DE VIDA (SF-36)

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION M -		
L.1. En general, usted diría que su salud es:	1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala	<input type="text"/>
L.2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año 5 Mucho peor ahora que hace un año	<input type="text"/>

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL			
L.3 Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.4 Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.5 Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.6 Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.7 Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.8 Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.9 Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.10 Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.11 Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
L.12 Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada	<input type="text"/>	
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.			
	Sí (1)	No (2)	<input type="text"/>
L.13 Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	(1)	(2)	<input type="text"/>
L.14 Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	(1)	(2)	<input type="text"/>
L.15 Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a	(1)	(2)	<input type="text"/>

causa de su salud física?			
L.16 Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	(1)	(2)	_____
L.17 Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	(1)	(2)	_____
L.18 Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	(1)	(2)	_____
L.19 Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	(1)	(2)	_____

L.20 Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho	
L.21 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas 4 semanas?	1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo	
L.22 Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho	

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO HAN ESTADO LAS COSAS DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Sólo alguna vez (5)	Nunca (6)	
L.23 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.24 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.25 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.26 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.27 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.28 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.29 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.30 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.31 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____
L.32 Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	_____

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE TOTALMENTE CIERTA, BASTANTE CIERTA, BASTANTE FALSA O TOTALMENTE FALSA CADA UNA DE LAS

SIGUIENTES FRASES.						
	Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente falsa (5)	
L.33 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	__
L.34 Estoy tan sano como cualquiera.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	__
L.35 Creo que mi salud va a empeorar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	__
L.36 Mi salud es excelente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	__

M. ELEMENTOS DE TENSION

Ahora tengo una lista de experiencias que usted pudo haber tenido recientemente y podrían afectar su salud, según leo la lista, indíqueme si en los últimos 12 meses ha sufrido alguna de estas situaciones:		
M.1 enfermedad ó lesión que le impidió hacer sus actividades normales (trabajo, quehaceres) por una semana o más?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.2 ¿Algún familiar ó amigo (a) íntimo ha muerto?	Sí, ¿Quién?..... 01 (Especifique) No..... 02 No sabe 98 NR 99	
M.3 ¿Algún miembro de la familia ó amigo sufrió alguna enfermedad seria ó lesión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.4 ¿Su situación financiera se ha empeorado considerablemente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.5 FILTRO: ESTADO CIVIL (VER CÉDULA DE HOGAR PREG. 8)	UNIDO..... 1 NO UNIDO..... 2	→ M.7
M.6 ¿Su esposo (a) tuvo que ser hospitalizado?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.7 ¿Tuvo usted que tomar la responsabilidad de tener que cuidar a otra persona de forma permanente?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	→ Si la respuesta es no, no sabe o NR PASE a M.10

<p>M.8 A ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades de los integrantes del hogar?</p> <p>(CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)</p>	<p>Jefe de Hogar..... 01 Espos(a) compañero(a)..... 02 Hijo (a)..... 03 Padre o madre..... 04 Abuelo (a)..... 05 Hermano (a)..... 06 Cuñado (a)..... 07 Yerno o nuera..... 08 Nieto(a)..... 09 Sobrino (a)..... 10 Primo (a)..... 11 Suegro (a)..... 12 Tío (a)..... 13 Otro (ESPECIFIQUE)..... 14 Ninguno..... 99</p>	
<p>M.8 B ¿En general quien le ayuda a realizar estas actividades que no pertenecen al hogar?</p> <p>(CIRCULE HASTA 5 OPCIONES)</p>	<p>Espos(a) compañero(a)..... 02 Hijo (a)..... 03 Padre o madre..... 04 Abuelo (a)..... 05 Hermano (a)..... 06 Cuñado (a)..... 07 Yerno o nuera..... 08 Nieto(a)..... 09 Sobrino (a)..... 10 Primo (a)..... 11 Suegro (a)..... 12 Tío (a)..... 13 Otro (ESPECIFIQUE)..... 14 Ninguno..... 99</p>	
<p>M.9 ¿Ha cuidado usted de sus nietos?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9</p>	

VIOLENCIA O MALTRATO

Ahora le voy a preguntar si en los últimos 12 meses....

<p align="center">- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION N -</p>		
<p>M.10 ¿Le han amenazado con hacerle daño físico?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9</p>	
<p>M.11 ¿Le han amenazado con llevarlo a un asilo o casa para personas de edad?</p>	<p>Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9</p>	

M.12 ¿Le han insultado?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.13 ¿Alguien le ha manejado o maneja su dinero o sus bienes sin su consentimiento?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.14 ¿Le han presionado para que deje usted de ser propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.15 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.16 ¿Le han dejado de dar los recursos económicos que requiere para sostenerse?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.17 ¿Le han dejado de dar alimentos o los medicamentos que necesita?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.18 ¿Le han dejado solo largos periodos?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	
M.19 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 NR 9	

N. SERVICIOS DE SALUD

DERECHOHABIENCIA

PARA CÓDIGO 1, EN N.1

N.1 ¿usted tiene derecho a servicio médico en: Sí.....1 No.....2 No sabe.....8 NR.....9		N.2 ¿Recibe esos servicios o prestaciones porque es: a) trabajador?..... 1 b) afiliado por cuenta propia?..... 2 c) jubilado(a) o pensionado(a)?..... 3 d) cónyuge de asegurado(a)?..... 4 e) padre o madre de asegurado(a)?..... 5 f) ¿Otro?..... 6 No sabe..... 8 NR..... 9
a) el Seguro Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) el ISSSTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) PEMEX, Defensa o Marina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Seguro Médico Privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Seguro Popular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N.3 FILTRO: DERECHOHABIENCIA A SERVICIO MÉDICO (VER PREGUNTA N.1)	ALMENOS UN SÍ..... 1 NINGÚN SÍ..... 2	→ N.5
N.4 ¿Entonces no tiene derecho a servicio médico en ninguna institución?	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	
N.5 En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado?	Número de veces 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NINGUNA0 No sabe..... 8 NR..... 9	→ N.7
N.6 ¿En qué tipos de hospitales se atendió?	En el IMSS 1 En el ISSSTE 2 En la Secretaría de Salud..... 3 En el IMSS Solidaridad..... 4 En clínica u hospital privado..... 5 En Cruz Roja, Cruz Verde 6 Otro..... 7 No sabe..... 8 NR..... 9	

CRITERIOS PARA SELECCIONAR SERVICIOS: TIPO DE PROBLEMA

N.7 ¿A quién o a dónde acudiría si usted tuviera un problema menor de salud (como resfriado)? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	IMSS.....01 ISSSTE02 Otro servicio público.....03 Servicio privado.....04 Farmacia.....05 Quiropráctico.....06 Homeopatía07 Curandero/Huesero/Hierbero08	
--	---	--

	Secretaria de Salud.....09 NINGUNO.....10 SE AUTO-MEDICA11 No sabe98 NR99	
N.8 ¿A quién o a dónde acudiría si usted tuviera un problema serio de salud (como ataque al corazón)? (CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)	IMSS.....01 ISSSTE02 Otro servicio público.....03 Servicio privado.....04 Farmacia.....05 Quiropráctico.....06 Homeopatía07 Curandero/Huesero/Hierbero08 Secretaria de Salud.....09 NINGUNO10 No sabe98 NR99	

- FILTRO: SI EL INFORMANTE SUSTITUTO ES EL QUE ESTA CONTESTANDO PASE A SECCION O -

N.9 Enseguida le voy a leer cosas que la gente dice a veces. Para cada una de las expresiones, por favor dígame si usted. está de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, o en desacuerdo.

	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	No sabe	NR
a No tiene caso planear mucho para el futuro	1	2	3	4	8	9
b Las cosas muy buenas que le suceden a uno son por buena suerte	1	2	3	4	8	9
c Uno es responsable de sus propios éxitos	1	2	3	4	8	9
d Uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga	1	2	3	4	8	9
e La mayoría de los problemas se deben a la mala suerte	1	2	3	4	8	9
f Uno tiene poco control sobre las cosas malas que le suceden	1	2	3	4	8	9
g Las desgracias que le ocurren a uno son resultado de sus errores	1	2	3	4	8	9
h Uno es responsable de sus propias fallas	1	2	3	4	8	9

O. ANTECEDENTES SOCIALES FAMILIARES

O.1 ¿Hasta qué nivel cursó su madre en la escuela?	Ninguno1 Primaria incompleta.....2 Primaria completa3 Secundaria.....4 Más de secundaria5 No sabe8 NR9	
O.2 ¿Hasta qué nivel cursó su padre en la escuela?	Ninguno1 Primaria incompleta.....2	

	Primaria completa3 Secundaria.....4 Más de secundaria5 No sabe8 NR9	
O.3A ¿Cuál es el nombre del oficio, profesión, puesto o cargo que desempeñaba su padre en su trabajo principal?	Textual _____ _____	
O.3B ¿Cuál es el nombre del oficio, profesión, puesto o cargo que desempeñaba su madre en su trabajo principal?	Textual _____ _____	
O.4 ¿Diría usted. que su situación económica cuando era niño(a) era...?	Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5 No sabe 8 NR 9	

O. REDES DE APOYO

O.5 Cuando se trata de tomar decisiones familiares importantes ¿quién tiene mayor peso en las decisiones usted, su pareja, u otra persona?	Entrevistado1 Aproximadamente igual.....2 Cónyuge3 Otro (Especifique Parentesco).....4 No sabe8 NR9	
O.6 En los últimos 2 años, ¿usted (o su pareja) han recibido algún tipo de ayuda como despensa o o dinero de cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su pareja)?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	
O.7 En los últimos 2 años, ¿le han dedicado sus hijos/nuera/yerno/nietos (y los de su pareja) por lo menos 1 hora a la semana para ayudarle a usted. con quehaceres del hogar, mandados, transporte?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	
O.8 (Además de las personas que viven aquí con usted), ¿tiene parientes que vivan en esta misma colonia?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	
O.9 ¿Tiene usted. amigos que vivan en su misma colonia?	Sí1 No.....2 No sabe8 NR9	
O.10 ¿Cómo cuántas veces al mes platica usted. con vecinos o tiene visitas sociales?	Numero de veces al mes..... 1	

	Todos los días.....2 No sabe 8 NR 9	
O.11 ¿Tiene usted. vecinos o amigos con los que puede contar para cosas del diario, como traer comida si usted. se enferma, o traerle algo de la tienda?	Sí1 No2 No sabe8 NR9	

P. HISTORIA LABORAL

TRABAJO

P.1 ¿Alguna vez en su vida ha tenido o realizado un trabajo por el que recibió un pago o ganancia?	Sí 1 No 2 No sabe 8 NR 9	
P.2 ¿Alguna vez en su vida ayudó en un negocio, granja, rancho o parcela sin recibir un pago o ganancia?	Sí 1 No 2 No sabe 8 NR 9	
FILTRO: HA TRABAJADO ALGUNA VEZ (VER PREGUNTAS P.1 Y P.2)	SI 1 NO 2	→ P.4 → P.3
P.3 ¿Cuál es la razón principal por la que no ha trabajado?	Razón _____ No sabe 8 NR 9	PASE A LA PREGUNTA P.22
P.4 ¿Qué edad tenía cuando empezó a trabajar por primera vez?	Años de edad..... No sabe98 NR99	
P.5 ¿Cómo cuánto tiempo en total ha trabajado (trabajó) <u>recibiendo pago o ganancia</u> a lo largo de su vida?	Años 1 Nunca00 No sabe98 NR99	
P.6 ¿La semana pasada usted...?: (LEAS LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)	a) Trabajó 1 b) Sí tenía trabajo pero no trabajó 2 c) Buscó trabajo 3 d) Es estudiante 4 e) Se dedica a los quehaceres de su hogar 5 f) No trabajó 6	} → P.9

	No sabe 8 NR 9	
P.7 ¿Como cuántas horas trabaja en un día normal?	Horas al día 1 No sabe 98 NR 99	
P.8 Acerca de las actividades que usted realiza en su trabajo actual, ¿considera que son similares o iguales a las que realizó en su trabajo principal a lo largo de su vida, o la mayor parte de su vida?	Sí 1 No 2 No sabe 8 NR 9	

OCUPACIÓN PRINCIPAL

Para las siguientes preguntas, por favor piense acerca de las actividades que realizó en su trabajo principal a lo largo de su vida.		
P.9 ¿Cuál es el nombre del oficio, profesión, puesto o cargo que desempeña(o) en su trabajo principal?	Textual _____ _____ _____ _____	
P.10 En ese trabajo principal, la mayor parte del tiempo ¿usted. ha sido (era)...	Patrón.....01 Trabajador por su cuenta02 Trabajador cooperativista.....03 Trabajador a sueldo fijo, salario o jornal.....04 Trabajador a destajo, comisión, porcentaje.....05 Trabajador no familiar sin pago.....06 Trabajador familiar sin pago07 Otro 08 (Especifique) No sabe..... 98 NR..... 99	
P.11 ¿Por cuántos años ha tenido o tuvo este trabajo principal?	Años..... 1 No sabe.....98 NR.....99	
P.12 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que sufre de algún problema de salud causado por la actividad laboral que principalmente ha tenido durante toda su vida? (INCLUYA ACCIDENTES DE TRABAJO)	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9	

BENEFICIOS LABORALES

Ahora le voy a preguntar si tiene o tenía algunos beneficios en su trabajo actual o en el que tuvo a lo largo de su vida. Así como qué institución se los da.

Beneficios laborales	A) ¿Alguna vez ha recibido... (leer cada uno de los beneficios laborales)?				B) ¿Qué institución le otorga u otorgaba... (leer beneficios laborales)?						
	Si	No	Ns	N R	IMSS	ISSSTE	SAR	Afores	INFONAVIT O FOVI	ISSEG	Lugar donde laboraba
P.13 Bonos		Pase P14									
P.14 Reparto de utilidades		Pase P15									
P.15 Jubilación o pensión		Pase P16									
P.16 Servicios médicos		Pase P17									
P.17 Vales de despensa		Pase P18									
P.18 Crédito a la vivienda		Pase P19									
P.19 Seguro de vida		Pase P20									
P.20 Aguinaldo		Pase P21									
P.21 Otro Beneficio _____		Pase P22									

P.22 ¿Diría usted. que su situación económica es...	Excelente.....1	I
	Muy buena.....2	
	Buena.....3	
	Regular.....4	
	Mala.....5	
	No sabe.....8	
	NR.....9	

Q. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

INFORMANTE

Q.1 FILTRO: ENTREVISTADO VIVE SÓLO (VER CÉDULA DE HOGAR)	SÍ.....1 NO.....2	→ Q.6
Q.2 Ahora quisiera hacerle unas preguntas acerca de su vivienda incluyendo su valor y otros aspectos económicos. ¿Puede usted. responder esas preguntas, o prefiere que otra persona que vive con usted. las conteste?	Entrevistado.....1 Otro.....2	→ Q.5
Q.3 NOMBRE DEL INFORMANTE:	_____	
Q.4 PARENTESCO	_____	
Q.5 SI LA PERSONA VIVE EN EL HOGAR, ANOTE EN NÚM. DE RENGLÓN QUE LE CORRESPONDE(VER CÉDULA DE HOGAR)	Núm. de renglón..... _ _	

DATOS GENERALES

Q.6 ¿Esta vivienda es...	Departamento en edificio..... 1 Cuarto en azotea..... 2 Casa sola 3 Casa en condominio horizontal 4 Departamento en vecindad 5 Otro..... 6 No sabe..... 8 NR..... 9	} → Q.8																												
Q.7 ¿El edificio tiene elevador?	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9																													
Q.8 ¿Esta vivienda es de...?	Un solo piso..... 1 Dos pisos 2 Tres o mas pisos 3 No sabe..... 8 NR..... 9																													
Q.9 ¿En esta vivienda tienen...?	Agua entubada dentro de la vivienda..... 1 Agua entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno 2 Otra agua entubada 3 Otra no-entubada (pipa, pozo, otro) 4 No sabe..... 8 NR..... 9																													
Q.10 ¿El servicio sanitario que Ustedes usan...	Tiene conexión de agua? 1 Le echan agua con cubeta?..... 2 No se le echa agua? 3 NO TIENE 4 No sabe..... 8 NR..... 9	} → Q.12																												
Q.11 ¿Este servicio lo usan solamente las personas de esta vivienda?	Sí 1 No 2 No sabe..... 8 NR..... 9																													
Q.12 ¿En esta vivienda tiene alguno de los siguientes aparatos?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>Ns</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) radio o radio grabadora</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) televisión</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) refrigerador</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) lavadora</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) teléfono</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) calentador de agua</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Ns	a) radio o radio grabadora	1	2	8	b) televisión	1	2	8	c) refrigerador	1	2	8	d) lavadora	1	2	8	e) teléfono	1	2	8	f) calentador de agua	1	2	8	
	Sí	No	Ns																											
a) radio o radio grabadora	1	2	8																											
b) televisión	1	2	8																											
c) refrigerador	1	2	8																											
d) lavadora	1	2	8																											
e) teléfono	1	2	8																											
f) calentador de agua	1	2	8																											

TENENCIA

Q.13 ¿Esta vivienda/unidad es...	Rentada o alquilada 1 Prestada o cedida sin pago 2	
----------------------------------	---	--

	Colonia y/o Ciudad: _____ No. tel.: __ __ _ - __ __ _ - __ __ _ - __ __ _ Parentesco con el entrevistado: _____
--	---

T. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA

T.1 ¿Estuvo alguien más presente durante la entrevista?	Sí1 No2	
T.2 Durante la entrevista, ¿estuvo el entrevistado raro o en actitud inapropiada?	Sí1 No2	
T.3 ¿El entrevistado sabe leer y escribir, dispuesto a leer y participar en las pruebas cognitivas?	Sí1 No2	
T.4 ¿Tenía el entrevistado alguna dificultad para escuchar?	Sí1 No2	