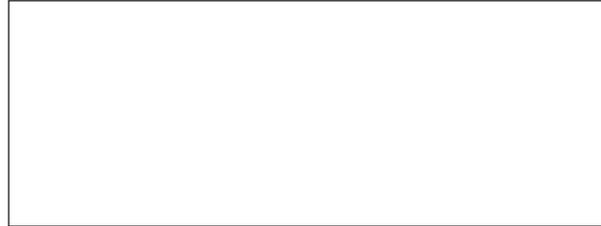




estudio de seguimiento  
la salud de las maestras  
carrera magisterial

Programa de Carrera Magisterial



### CUESTIONARIO ESMAESTRAS 2008

Este Estudio lo lleva a cabo el Instituto Nacional de Salud Pública en coordinación con el Programa de Carrera Magisterial de la Secretaría de Educación y el Sector Salud del Estado.

#### INSTRUCCIONES DE LLENADO:

- EL CUESTIONARIO ES SÓLO PARA MUJERES DE **25 AÑOS Y MAS** Y DE LA CARRERA MAGISTERIAL.
- SERÁ LEÍDO ELECTRÓNICAMENTE, EVITE SU MALTRATO Y **NO LO DOBLE O ENGRAPE**.
- USE SOLAMENTE LAPIZ DEL No. 2 ó 2 1/2.  USE LÁPIZ No. 2 ó 2 1/2
- ASEGÚRESE DE LLENAR **TODOS** LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN.
- ANTES DE CONTESTAR LEA CON ATENCIÓN CADA PREGUNTA Y LAS OPCIONES DISPONIBLES DE RESPUESTA.
- CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS LO MAS APROXIMADO A LA REALIDAD.
- RELLENE COMPLETAMENTE EL CIRCULO QUE CORRESPONDA ASI: ●
- NO MARQUE ASI:
- CUANDO SE SOLICITE ESCRIBIR USE LETRA DE MOLDE SIN REBASAR EL ESPACIO ASIGNADO.
- EN CASO DE ERROR BORRE COMPLETAMENTE.

#### Ejemplo 1:

Existen preguntas que están relacionadas o enlazadas, cuando son de este tipo están marcadas con una flecha. O bien, hay preguntas que nos hacen brincar a otra pregunta, según sea la respuesta.

**¿Ha estado embarazada?**

Sí  No

↳  He evitado tener hijos

Aún no inicio una relación de pareja

Porque no puedo tener hijos (soy estéril o infértil)

Mi compañero es estéril

Otra razón **Si respondió no, pase a la pregunta 23**

#### Ejemplo 2:

En caso de una respuesta numérica escriba el número en el recuadro en la parte superior y rellene los alveolos correspondientes:

**¿Cuál es su peso actual?**    kgs.

(Si es posible pida que la pesen en una báscula)

●	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
	4	4
	5	●
	●	6
	7	7
	8	8
	9	9

#### Ejemplo 3:

En caso de respuesta numérica escriba el número en el recuadro en las casillas y rellene el alvéolo correspondiente:

¿A qué edad tuvo la menopausia?

0  1  2  3  4  5  6

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9



**1. ¿Cuál es su fecha y lugar de nacimiento?**

Día		Mes		Año			
0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

Estado de la República dónde nació:

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	NO RELLENAR			

**2. ¿Cuál es su estado civil?**

- Soltera                       Divorciada o separada  
 Unión libre                     Viuda  
 Casada

**3. En su hogar:**

a) ¿Cuántos cuartos tiene su casa sin contar cocina, baño y pasillos?

1 2 3 4 5 6 más de 6

b) ¿Cuántas personas viven en su casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 más de 10

**4. En su casa tiene:**

	Sí	No
Teléfono fijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspiradora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Horno de microondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teléfono celular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acceso a internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5. ¿Usted o sus padres hablan algún dialecto o lengua indígena?**

- Sí       No

**6. ¿Cuál es el servicio de salud al que acude para consultas regulares? (elija una sola opción)**

- ISSSTE                       SEMAR  
 IMSS                          Privado  
 Secretaría de Salud       Otro \_\_\_\_\_  
 SEDENA                    1 2 3 4 5 6

**7. ¿A qué institución acudiría si tuviera una enfermedad grave? (elija una sola opción)**

- ISSSTE                       SEMAR  
 IMSS                          Privado  
 Secretaría de Salud       Otro \_\_\_\_\_  
 SEDENA                    1 2 3 4 5 6

**8. ¿Cuál es su peso actual?**

(Si es posible pida que la pesen en una báscula)

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

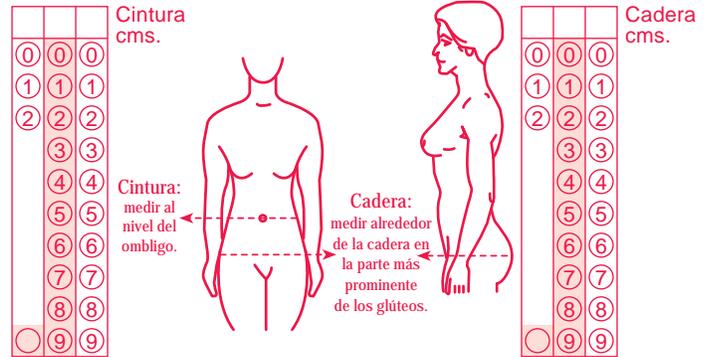
**9. ¿Cuál es su altura?**

(Si es posible pida que la midan)

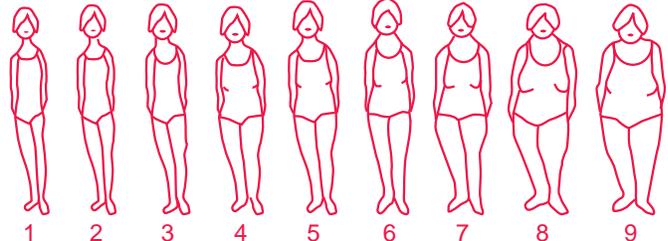
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

**10. Tome la cinta métrica que se le proporcionó y siga las siguientes recomendaciones para obtener medidas más precisas:**

- Realice las medidas de pie y sin ropa
- Registre la medida más cercana al cm.
- Sin apretar, coloque la cinta métrica en forma horizontal como se muestra en la figura.



**11. ¿Qué diagrama representa mejor su figura a distintas edades?**



	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Antes de su primera menstruación o regla	<input type="radio"/>								
2 años después de su primera menstruación o regla	<input type="radio"/>								
Entre 18 y 20 años	<input type="radio"/>								
Justo antes de su primer embarazo	<input type="radio"/>								
Entre los 25 y 35 años	<input type="radio"/>								
Actualmente.	<input type="radio"/>								

**12. ¿Cuál era su peso a los 18 años de edad?**

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

**13. ¿Cuál ha sido su peso máximo y a que edad?**

0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

**14. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera menstruación o regla? (y ésta continuó presentándose por más de 12 meses)**

- Nunca he reglado  
 Menos de 9 años;  
 10 años  
 11 años  
 12 años  
 13 años  
 14 años  
 15 años  
 16 años  
 17 años  
 18 años o más

Llenar con No. de Folio de arriba

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

**15. Después de que inició su regla ¿cuánto tiempo pasó para que sus períodos fueran regulares?** (Es decir, que ocurran con la misma frecuencia, por ejemplo cada 28 o 32 días)

- Menos de 1 año       5 años o más  
 De 1 a 2 años       Nunca  
 3 a 4 años       No recuerdo

**16. Usualmente ¿Cada cuándo le viene ó venía su regla?**

(anotar el número de días entre el primer día de sangrado de una menstruación y el primer día de la siguiente menstruación) [cuando aún no utilizaba anticonceptivos (pastillas, parches, inyecciones) o dispositivo intrauterino]

- Menos de 21 días       Más de 50 días o muy irregular para contar  
 De 21 a 25 días  
 De 26 a 31 días       Uso hormonas para anticoncepción  
 De 32 a 39 días       Embarazo en los últimos 6 meses  
 De 40 a 50 días

**17. ¿Usualmente, cuántos días dura ó duraba su sangrado (regla)?**

[cuando aún no utilizaba anticonceptivos (pastillas, parches, inyecciones) o dispositivo intrauterino]

- 1 a 3 días       4 a 7 días       8 y más días

**18. ¿Usualmente, cómo se presenta o presentaba su regla en promedio?** [cuando aún no utilizaba anticonceptivos (pastillas, parches, inyecciones) o dispositivo intrauterino]

- Muy regular       Siempre irregular  
 Regular       No se presentaba la regla  
 Usualmente irregular       Nunca he estado embarazada

**19. ¿Antes de su primer embarazo** [cuando aún no utilizaba anticonceptivos (pastillas, parches, inyecciones) o dispositivo intrauterino] **cómo se presentaba su regla en promedio?**

- Muy regular       Siempre irregular  
 Regular       No se presentaba la regla  
 Usualmente irregular

**20. ¿Alguna vez intentó embarazarse por más de 12 meses consecutivos sin tener éxito** (aun si eventualmente logró quedar embarazada)?

- Sí       No → (pase a la pregunta 25).

**21. ¿Qué edad tenía cuándo intentó embarazarse por primera vez por más de 12 meses consecutivos sin tener éxito** (aun si eventualmente logró quedar embarazada)?

	0	1	2	3	4	5	6			
años	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**22. ¿En aquella ocasión en que no tuvo éxito para embarazarse buscó usted o su pareja atención médica para lograr el embarazo?**

- Sí       No

**23. ¿Encontró su médico la(s) razón(es) por la cual(es) tuvo dificultad para embarazarse?** (marque todas las que apliquen)

- Trompas bloqueadas       Problemas en su esposo o pareja  
 Ovario poliquístico  
 Otras alteraciones de ovulación       Ninguna razón conocida  
 Endometriosis       Otra \_\_\_\_\_  
 Anormalidades en la matriz (útero)

NO RELLENAR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**24. ¿Recibió algún tratamiento médico o realizó algún procedimiento para ayudar a lograr el embarazo?**

- Ninguno  
 Inseminación intrauterina  
 Fertilización in vitro  
 Medicamentos para inducir la ovulación:  
 →  Clomifeno (ejemplo: Omfin)  
 Metformina (ejemplo: Glucophage, Predial, Dabex)  
 Inyecciones de gonadotropina (ejemplo: Pregnyl, Choriomon)  
 Otro tratamiento ó procedimiento médico \_\_\_\_\_

NO RELLENAR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**25. ¿Usted utiliza ó ha utilizado usa algún método anticonceptivo?** Puede marcar más de uno.

- Ninguno       Inyecciones  
 Dispositivo intrauterino       Parches  
 Condón o preservativo       Espuma o Jalea  
 Óvulos vaginales       Implantes, anillo vaginal  
 Ritmo ó calendario       Anticonceptivo de emergencia  
 Ligamento de trompas(salpingoplasia)       Otro, especifique: \_\_\_\_\_  
 Mi esposo se hizo vasectomía  
 Pastillas

NO RELLENAR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**26. ¿Utiliza o ha utilizado pastillas, parches o inyecciones para evitar el embarazo?**

- No       Sí  
 → Si respondió sí, ¿a qué edad los utilizó por:  
 a) "Primera vez"? 

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
	6
	7
	8
	9

 años      b) "Última vez"? 

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
	6
	7
	8
	9

 años  
 c) En total sumando todos los periodos, ¿cuántos años los utilizó?  
 Menos de 1  
 1 a 2 años  
 3 a 4 años  
 5 a 6 años  
 Más de 6 años

d) Mencione los anticonceptivos que utilizó con mayor frecuencia:

- Progesterona ej.: Cerazette, exluton, mocrolut, depoprovera noristerat, syngestal.  
 Combinados: Aclimafel, cilest, eugynon, gynovin, marvelon, microgynon, norinlyn, trinordiol, nordet, ovral21, levonorgestrel y etinilestradiol, medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, etc.  
 Otro especifique: \_\_\_\_\_

**27. ¿Está o ha estado embarazada?**

- Sí       No       Actualmente estoy embarazada

→ ¿Por qué no?

- He evitado tener hijos  
 Aún no inicio una relación de pareja  
 Porque no puedo tener hijos (soy estéril o infértil)  
 Mi compañero es estéril  
 Otra razón \_\_\_\_\_

NO RELLENAR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Si respondió no, pase a la pregunta 34

**28. Historia de su paridad. Puede optar por varias respuestas en el mismo año.**

Por ejemplo, una mujer a los 24 años, tuvo su primer hijo de parto natural, nacido vivo, le dio pecho más de 12 meses, subió 10 kilos con este embarazo y tomó ácido fólico con hierro y multivitaminas.

E D A D	Tipo de parto	Nacido Vivo	Nacido Muerto	Se le diagnosticó:	Lactancia (meses)	¿Cuántos kgs. de peso subió usted con cada embarazo?	¿Tomó algún suplemento durante sus embarazos?
<b>EJEMPLO</b> [ 2   4 ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input checked="" type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input checked="" type="radio"/> Más de 12	[ 1   0 ] Kilos 0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input checked="" type="radio"/> Ácido fólico <input checked="" type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input checked="" type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 1 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 2 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 3 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 4 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 5 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 6 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 7 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 8 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 9 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
Embarazo 10 [ ] años 0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Aborto o embarazo extrauterino <input type="radio"/> Parto Natural <input type="radio"/> Cesárea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Preclamsia, eclampsia, ó presión alta del embarazo. <input type="radio"/> Diabetes gestacional	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 <input type="radio"/> Más de 12	0 1 2 3 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="radio"/> Ácido fólico <input type="radio"/> Hierro <input type="radio"/> Calcio <input type="radio"/> Multivitaminas
<b>SUMA</b>							

**29. ¿Cuántos embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc.) ha tenido?**

[ ] 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

**30. Si tuvo gemelos, ¿de qué tipo?**

- Idénticos (monocigóticos)
- No idénticos (dicigóticos)
- Múltiples (trillizos, quintillizos, etc.)

**31. ¿Tomó alguna hormona para interrumpir la lactancia?**

- Sí
- No

↳ a) ¿Cuál? Especifique: \_\_\_\_\_

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
NO RELLENAR

**32. ¿Ya tuvo la menopausia?** (dejar de reglar permanentemente por más de 12 meses)

- Nunca he reglado
- No → Pase a la pregunta 37
- Si
  - a) Si respondió si, ¿por qué razón dejó de reglar o menstruar?
    - Natural
    - Le quitaron los ovarios
    - Le quitaron la matriz
    - Radiación
    - Quimioterapia
  - b) Si respondió si, ¿a qué edad tuvo la menopausia?

	0	1	2	3	4	5	6			
años	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**33. ¿Ha tomado alguna vez estrógeno, progesterona u otras hormonas femeninas por más de un mes, alrededor del momento en que tuvo la menopausia?** (incluya pastillas e inyecciones)

- No
- Sí → ¿Toma actualmente?  No  Sí
  - ↳ Si respondió si, sume el tiempo total de uso en meses
    - Menos de 6 meses
    - 7 a menos de 12 meses
    - 1 año
    - 2 años
    - 3-4 años
    - 5-7 años
    - 8 años o más

**34. Marque el tipo de hormona que tomó o toma actualmente, con mayor frecuencia:**

- Combinadas:** Ej.: Estrógenos conjugados y medroxiprogesterona, Tibolona, Prempro, desogestrel y etinilestradio, Cliana, climene, Estracom, Pimogyn, etc.
- Estrógeno:** Ej.: Premarín, Serofene, Ovestin, Ostregel, Climaderm, Estraderm, Fem 7, Ovestín, etc.
- Progesterona/Progestín:** Ej.: Provera, Lutoral, Utrogestan, Primolut, Geslútin, Premastan, etc.
- Otras hormonas que actualmente utiliza: \_\_\_\_\_

NO RELLENAR										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

**35. ¿Actualmente usa alguna preparación que no necesita prescripción médica (ej. "herbal", "natural" o "isoflavona de soya") para el reemplazo hormonal o para síntomas post-menopáusicos?** (no incluya alimentos como leche de soya, germinados, etc.) Ej. Prevefem complex, Mensifem, Feminelle, Fitogine, crema de camote silvestre, etc.

- Sí  No
- Otros: →  Acupuntura  Hierbas
- Homeopatía  Flores de Bach

**36. ¿Cuáles síntomas tuvo o tiene en la menopausia?** (cuando aún no utilizaba alguna hormona) (puede marcar más de una opción)

- Oleadas de calor repentinas (bochornos)
- Sudoración excesiva
- Pérdida de sueño
- Depresión frecuente
- Falta de concentración
- Cambios de carácter (se torna irritable y ansiosa)
- Resequedad vaginal
- Incontinencia urinaria
- Infecciones urinarias frecuentes

**37. Piense en una semana normal. ¿Cuántas horas al día, en promedio, ve televisión de LUNES A VIERNES?**

- Nada
- Menos de una hora
- Una a dos horas
- Dos a tres horas
- Cuatro a cinco horas
- Seis a siete horas
- Ocho o más horas.

**38. Piense en un fin de semana normal. ¿Cuántas horas al día, en promedio, ve televisión en SABADO O DOMINGO?**

- Nada
- Menos de una hora
- Una a dos horas
- Dos a tres horas
- Cuatro a cinco horas
- Seis a siete horas
- Ocho o más horas.

**39. ¿Con qué frecuencia come algo entre comidas mientras ve televisión?**

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

**40. ¿Fuma tabaco actualmente?** (seleccionar una sola opción)

- Nunca he fumado (pase a la 43)
- Sí, actualmente
  - ↳ a) Si respondió si, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?
- No, porque dejé de fumar
  - ↳ b) Si respondió no, ¿a qué edad dejó de fumar?

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
	6
	7
	8
	9

cigarros

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

años

**41. En toda su vida ¿ha fumado más de 100 cigarrillos, es decir, 5 cajetillas?**

- Sí  No

**42. Edad en que inició tabaquismo regular**

	0	1	2	3	4	5	6			
años	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**43. Sus padres fumaron mientras usted vivió con ellos**

- No
- Sólo mamá
- Sólo papá
- Ambos

**44. ¿Como adulto, cuántos años vivió ó ha vivido con alguien que fumaba regularmente?**

- Ninguno
- 10 - 19 años
- 1 año ó menos
- 20 - 39 años
- 5 - 9 años
- 40 o más

**45. Actualmente está expuesto a humo de cigarro de otras personas?**

- a) En casa →  No  Sí  Ocasionalmente  Regularmente
- b) En el trabajo →  No  Sí  Ocasionalmente  Regularmente

46. En promedio, cuántas HORAS POR SEMANA pasa o pasó usted al aire libre bajo los rayos del sol alrededor de medio día, durante el años escolar, a cada edad.

- 12-18 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 25-35 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 36-59 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 60 y más años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs

47. En promedio, cuántas HORAS POR SEMANA pasa o pasó usted al aire libre bajo los rayos del sol alrededor de medio día, durante las vacaciones, a cada edad.

- 12-18 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 25-35 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 36-59 años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs  
 60 y más años de edad  <1 hr  2-5 hrs  6-8 hrs  Más de 8 hrs

48. ¿Actualmente, acostumbra utilizar algún bloqueador para protegerse del sol?

- Sí  No

49. A continuación le preguntamos sobre su actividad física EN VARIAS ETAPAS DE SU VIDA y a varios niveles de intensidad. Por cada intervalo de edad, por favor estime el promedio de horas por semana que usted pasó en estas actividades.

a) Caminar a y de la escuela o trabajo	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA						b) Ver TV	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA						
	No	0.5	1-2	3-4	5-6	7 y más		No	1	2-5	6-10	11-20	21-40	+ de 70
Edad 12 - 18 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Edad 12 - 18 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - 25 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19 - 25 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - 35 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26 - 35 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

c) Actividad recreacional vigorosa Causa incremento ritmo cardiaco y respiratorio, sudoración. Ej. Correr, aerobics, natación, voleibol	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA						d) Actividad recreacional moderada Le cansan físicamente pero no le quitan el aliento. Ej. Yoga, caminata ligera	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA						
	No	0.5	1-2	3-4	5-6	7 y más		No	0.5	1-2	3-4	5-6	7 y más	
Edad 12 - 18 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Edad 12 - 18 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - 25 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19 - 25 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - 35 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26 - 35 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Durante el ULTIMO AÑO, ¿cuál fue el promedio de HORAS POR SEMANA en que realizó las siguientes actividades?

ACTIVIDADES	PROMEDIO DE HORAS POR SEMANA							
	No practico	Menos de 1 hora	1 hora	Más de 1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 10	+10
a) CAMINAR: incluye todo tipo de caminar o caminata ligera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ACTIVIDAD FISICA MODERADA: incluye actividades que le cansan físicamente pero no le quitan el aliento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- TRABAJO: lavar ventanas o baños, trapear, cargar cubetas con agua.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- RECREACION: ejercicio ligero, yoga, ciclismo en plano, baile lento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ACTIVIDAD FISICA VIGOROSA: incluye actividades que le hacen sudar, le aumentan la frecuencia cardiaca o le quitan el aliento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- TRABAJO: comprar en el mercado, cargando bolsas pesadas, mover muebles, mover cajas pesadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- RECREACION: caminata vigorosa, correr, ejercicio vigoroso, ballet, nadar de manera sostenida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. En promedio, cuántas horas duerme POR DIA...

- De lunes a viernes   Menos de 6  De 6 a 7  De 8 a 9  Más de 10  
 - Sábado y domingo   Menos de 6  De 6 a 7  De 8 a 9  De 8 a 9

52. ¿Ha tenido silbidos en el pecho alguna vez en los últimos 12 meses?

- Sí  No

**53. ¿Tiene o ha tenido alguna vez asma?**

No  Sí

↳ Si respondió sí:

- a) ¿Ha sido confirmado por un médico?  Sí  No
- b) ¿Ha recibido tratamiento?  Sí  No
- c) ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer ataque de asma?  Sí  No

	años
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

e) ¿Cuál ha sido la frecuencia de sus ataques de asma en los últimos 12 meses?

- 1 o más veces al día
- 1 o más veces a la semana
- 1 o más veces al mes
- Menos de una vez al mes

f) ¿Toma actualmente algún medicamento (incluyendo inhaladores, aerosoles o pastillas para la asma)?

Sí  No

**56. ¿Cuál fue su peso al nacer?**

Debajo de lo normal (menos de 2.5 kgs.)  Normal (2.5 a 4 kg)  Arriba de lo normal (Más de 4 kg.)

**a). ¿Su mamá le dio pecho?**

Sí  No

**57. ¿Cuántos hermanos o hermanas tuvo o tiene?**

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ o más

¿Cuántos de ellos son mayores que usted?

Ninguno ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ó más

**58. ¿Qué estatura tiene en comparación con sus hermanos y hermanas?**

- No tuve ni tengo hermanos
- Soy la más alta de todos
- Soy intermedia
- Soy la más baja de estatura entre ellos.

**59. ¿Cuándo era niña, a qué se dedicaba el jefe de familia en su hogar (padre, madre u otro familiar)?**

- Comerciante
- Obrero
- Empleado (privado)
- Empleado de gobierno
- Maestro
- Campesino
- Otro \_\_\_\_\_

NO RELLENAR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**54. ¿Tiene usted alguna alergia nasal, incluyendo rinitis?**

No  Sí

**55. ¿Su madre, padre, hermana, hermano o hijos han padecido o padecen**

- presión alta?  Sí  No
- diabetes o azúcar alta?  Sí  No
- infarto al corazón?  Sí  No
- asma?  Sí  No
- rinitis alérgica?  Sí  No
- cáncer de seno o mama?  Sí  No
- otro cáncer? especifique dónde \_\_\_\_\_  Sí  No

NO RELLENAR

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

**60. ¿Cuándo era niña con qué frecuencia comían carne de res en su casa?**

- Nunca o menos de una vez al mes
- 1-3 veces al mes
- 1 vez a la semana
- 2-4 veces a la semana
- 5-6 veces a la semana
- 1 vez al día
- 2-3 veces al día
- 4 o más veces al día.

**61. ¿Le ha diagnosticado un médico alguna de las siguientes enfermedades?**

Enfermedad Llene el alveolo SOLO si la respuesta es SI →	¿Recibió tratamiento?	¿Hace cuánto se le diagnóstico?			
		Menos de 2 años	2 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años
Presión alta (sin contar durante el embarazo)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes o azúcar alta (sin contar durante el embarazo)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cataratas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad benigna de los senos o mastopatía fibroquistica (quistes o nódulos)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto al corazón (que requirió hospitalización)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infarto o embolia cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de seno o mama ↳ ¿Confirmado por biopsia? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del cuello de la matriz o cérvicouterino	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro cáncer, especifique dónde _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis venosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Várices en las piernas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraña	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acné severo en la adolescencia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piedras en la vesícula biliar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad del hígado o cirrosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovarios poliquísticos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad arterial periférica (no várices)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arritmia del corazón	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

... continua.

Enfermedad Llene el alveolo SOLO si la respuesta es SI →	¿Recibió tratamiento?	¿Hace cuánto se le diagnóstico?			
		Menos de 2 años	2 a 5 años	6 a 10 años	Más de 10 años
Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractura de cadera	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresión diagnosticada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkinson	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esclerosis múltiple	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alzheimer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NO RELLENAR

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9

62. ¿Un médico o enfermera le ha realizado alguna de estas pruebas? (deje en blanco si la respuesta es no)	Sí, por síntomas	Sí, por campaña	Sí, por consulta general	62b. ¿Cuándo fue la última vez?			
				Menos de 2 años	3 a 5 años	6 a 10 años	+ de 10 años
Toma de presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes a azúcar en sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exploración de los senos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63. En los últimos doce meses, ¿se hizo la prueba del Papanicolaou?

No  Sí

↳ Si respondió sí:

a) ¿recibió los resultados del Papanicolaou?  Sí  No

b) ¿Los resultados fueron normales?  Sí  No

c) ¿tuvo seguimiento de estos resultados?  Sí  No

64. ¿En el último año, en cuántos meses se practicó la autoexploración de sus mamas?

Ninguno  Uno  2 - 3

4 - 6  7 - 11  12

65. ¿Cuántos estudios de mamografía ó mastografía le han practicado en su vida?

Ninguna  2 veces  4 veces

1 vez  3 veces  5 o más veces

b) Si respondió Ninguna, ¿por qué no se ha practicado una mamografía ó mastografía?

Me da pena  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Me da miedo \_\_\_\_\_

Nunca me lo ha indicado un médico  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  
 NO RELLENAR

66. ¿A qué edad le hicieron su primera mamografía ó mastografía?

< 30  30 - 34  35 - 39

40 - 44  45 - 49  50 ó más

67. ¿Cuándo se practicó la última mamografía o mastografía?

Menos de 1 año  2 años

1 año  + 3 años

68. ¿Dónde se practicó la última mamografía o mastografía?

ISSSTE  IMSS  Secretaría de Salud

Privado  Otro \_\_\_\_\_

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  
 NO RELLENAR

69. ¿Cuáles fueron las razones de la última mamografía ó mastografía?

Por síntomas (ej. Bolitas, secreción, retracción del pezón)

Por campaña

Por consulta general

a) ¿Le dieron el resultado?  Sí  No

b) ¿Fue normal?  Sí  No

c) ¿Qué le recomendó el médico:

Un ultrasonido (necesita evaluación adicional)

Realizar la mamografía en seis meses (probablemente benignos)

Realizar mamografía en dos años (hallazgos negativos o benignos)

Realizar mamografía en 6 meses (probablemente benigno)

Me refirieron a un oncólogo para realizar una biopsia (anormalidad sospechosa)

Me refirieron a un oncólogo (anormalidad que sugiere presencia de malignidad)

d) ¿Finalmente que se hizo?

Me practicaron el ultrasonido

Me practicaron una mamografía a los 6 meses

Me realizaron una biopsia

Me refirieron al oncólogo

Me intervinieron quirúrgicamente

70. ¿Cuántas radiografías o rayos X le han tomado en el pecho o tórax? (sin contar las mamografías o mastografías)

Ninguna  3 veces

1 vez  4 veces

2 veces  5 o más veces

70. Por favor conteste SI cuando esté de acuerdo o NO cuándo esté en desacuerdo con las siguientes aseveraciones en relación a las preocupaciones que le ocasiona hacerse una mamografía.

	SI estoy de acuerdo	NO estoy de acuerdo
a) Me preocupa hacerme una mamografía porque puede que me encuentren algo malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Me preocupa hacerme la mamografía porque no sé lo que me van a hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Me da pena que me realicen una mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Hacerme una mamografía me expone a una radiación innecesaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Sé que es muy doloroso hacerse una mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) El personal que hace las mamografías es poco delicado con las usuarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71. Por favor conteste SI o NO a las siguientes aseveraciones en relación a factores que complican hacerse una mamografía.

	SI estoy de acuerdo	NO estoy de acuerdo
a) En el trabajo no me dan permiso de salir para hacerme la mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tengo otros problemas más importantes que hacerme una mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Me queda muy lejos el lugar en donde hacen la mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) No sé donde hacerme la mamografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) El costo de la mamografía es muy alto y no lo puedo pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. Por favor conteste SI o NO a las siguientes aseveraciones en relación a lo que sabe usted sobre la utilidad de realizarse una mamografía.

	SI estoy de acuerdo	NO estoy de acuerdo
a) La mamografía me sirve para detectar tumoraciones tan pequeñas que en caso de ser malignas, el tratamiento del cáncer de mama no sea tan duro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) La mamografía realizada de forma rutinaria, es decir cada uno o dos años, me sirve para que en caso de detectar una tumoración muy pequeña disminuya la probabilidad de morir por cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) La mamografía realizada de forma rutinaria, es decir cada uno o dos años, me sirve para que no me de cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>









9. ¿Cuántas cucharaditas de azúcar, en total, le agrega a sus alimentos y bebidas a lo largo del día?

	0	1	2							
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

10. ¿Le agrega usted sal a sus alimentos antes de probarlos?

- Sí  No

11. ¿Se come usted el pellejo del pollo?

- Sí  No

12. ¿Cuánto del gordito de la carne quita antes de comérselo?

- No como carne  La mitad  
 Todo  Casi nada o nada  
 Casi todo

13. ¿Qué tipo de grasa utilizó para cocinar el año pasado?

a) La que más utilizó (elija sólo una opción)

- Ninguna  Margarina  
 Aceite vegetal (maíz, girasol, cártamo)  Mantequilla  
 Aceite de oliva  Manteca vegetal (tipo Inca)  
 Manteca de puerco

b) En segundo lugar de uso (elija solo una opción)

- Ninguna  Margarina  
 Aceite vegetal (maíz, girasol, cártamo)  Mantequilla  
 Manteca vegetal (tipo Inca)  
 Manteca de puerco  Aceite de oliva

c) Señale el tipo y la marca de aceite que más utilizó en el último año

(Tipo y marca ej. Maíz, Mazola)

	NO RELLENAR									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

14. ¿Con qué frecuencia cocinó o comió con manteca de puerco o mantequilla en el último año? (no considere margarina).

- Nunca  3-4 días a la semana  
 Menos de una vez a la semana  5-7 días a la semana  
 1-2 días a la semana

15. ¿Consume margarina comúnmente?

- No  Sí → Especifique la marca \_\_\_\_\_  
 (ej. Primavera)

	NO RELLENAR									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

16. Durante el último año, en promedio cuántas veces al mes comió...

	Nunca	1-3 veces al mes	4-6 veces al mes	7-10 veces al mes	Más de 10 veces al mes
a) fuera de casa?	<input type="radio"/>				
b) en un restaurante de comida rápida (Taco-Inn, McDonalds, Kentucky, Burger King)?	<input type="radio"/>				

17. Durante el último año, con qué frecuencia consumió la carne o pescado de forma empanizada.

- Nunca  La mayoría de las veces  
 Casi nunca  Siempre  
 La mitad de las veces

18. Durante el último año, con qué frecuencia las tortillas de maíz que consumió eran de nixtamal (hechas en casa o directamente del molino de nixtamal).

- Nunca  La mayoría de las veces  
 Casi nunca  Siempre  
 La mitad de las veces

19. ¿Cuántos días a la semana desayuna algo sólido (además de café, jugo, leche y té)?

- Nunca  1  2  3  4  5  6  7

20. ¿En promedio, cuántas comidas al día hace? (tome en cuenta alimentos entre comidas)

- 1 a 2  6  
 3 a 4  7  
 5  Más de 7

21. ¿Ha tomado MULTIVITAMINAS, en el último año? (compuesto de varias vitaminas)

- No  Sí → Indique la marca
- |                                               |                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Biometrix               | <input type="radio"/> Sector Salud: ISSSTE, IMSS, SSA |
| <input type="radio"/> Centrum                 | <input type="radio"/> Megavita Q-10                   |
| <input type="radio"/> Pharmaton               | <input type="radio"/> Mega Woman GNC                  |
| <input type="radio"/> Diabion                 | <input type="radio"/> Otra, especifique _____         |
| <input type="radio"/> Simivitaminas           |                                                       |
| <input type="radio"/> Generico intercambiable |                                                       |

	NO RELLENAR									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

→ Si respondió sí, ¿Cuántas veces por semana?

- 2 veces o menos por semana  
 3 a 5 veces por semana  
 6 a 7 veces por semana

→ ¿Por cuántos meses las ha tomado?

- 1-3 meses  4-6 meses  7-12 meses

22. ¿Usted ha tomado alguna de las siguientes VITAMINAS, en forma separada, sin contar las multivitaminas, en el último año? (Puede seleccionar varias opciones)

				¿Cuántas veces por semana?			¿Por cuántos MESES las ha tomado?			
Vitamina A (retinol, betacarotenos)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Vitamina B3 (niacina)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Vitamina B6	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Complejo B	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Potasio	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Vitamina C	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Vitamina E	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Selenio	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Vitamina D	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Magnesio	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Hierro	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Acido Fólico	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Acidos Grasos Omega 3	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12
Coenzima Q10	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	→	<input type="radio"/> 2 o menos	<input type="radio"/> 3 a 5	<input type="radio"/> 6 a 7	→	<input type="radio"/> 1-3	<input type="radio"/> 4-6	<input type="radio"/> 7-12

**23. Ha tomado CALCIO en el último año, en forma separada independientemente de las multivitaminas**

- No  Sí → Indique la marca
- Caltrate  Osteomin  
 Calcium  Generico intercambiable  
 Dical  Sector salud: ISSSTE, IMSS, SSA  
 Os-Cal  Otra, especifique: \_\_\_\_\_

NO RELLENAR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

→ Si respondió sí, ¿Cuántas veces por semana?

- 1-3 meses  
 4-6 meses  
 7-12 meses

→ ¿Por cuántos meses las ha tomado?

- 1-3 meses  4-6 meses  7-12 meses

**24. ¿Ha consumido algún suplemento alimenticio en el último año?**

- No  Sí → Indique la marca
- Omnilife Omni plus  Herbalife  
 Omnilife Dolce Vita  Ensure  
 Omnilife FEM  Enutre  
 Omnilife Fiber  Sector Salud  
 Omnilife super-mix  Otra, especifique: \_\_\_\_\_  
 Omnilife Starbien

NO RELLENAR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

→ Si respondió sí, ¿Cuántas veces por semana?

- 2 veces o menos por semana  
 3 a 5 veces por semana  
 6 a 7 veces por semana

→ ¿Por cuántos meses las ha tomado?

- 1-3 meses  4-6 meses  7-12 meses

**Para mejorar la comunicación con usted nos interesa saber lo siguiente:**

**25. ¿Acostumbra usar computadora personal?**

- Si  No
- ↳ Si respondió SI, ¿con qué frecuencia?
- 1 vez a la semana  2-3 veces por semana  Todos los días

**26. ¿Estaría dispuesta a responder los cuestionarios a través de Internet y a recibir información de salud?**

- Si  No
- ↳ Si respondió SI, acceda a la página [www.insp.mx/Portal/Centros/cisp/esmaestras/](http://www.insp.mx/Portal/Centros/cisp/esmaestras/)

**27. ¿Cuál fue el último nivel educativo aprobado por usted?**

- Ninguno  Técnico post-secundaria  
 Primaria  Preparatoria / Vocacional  
 Educación especial  Técnico post-vocacional  
 Técnico post-primaria  Profesional (Universidad)  
 Secundaria  Postgrado (Maestría / Doctorado)

**Mes y año en que se respondió este cuestionario:**

- ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC 2008 2009 2010 2011 2012
- 

**¡Muchas gracias por su participación!**

Asegúrese de haber contestado TODAS las preguntas. Coloque éste cuestionario en el sobre que se le proporcionó y séllelo para asegurar su anonimato. Por favor devuélvalo a través de los enlaces de Carrera Magisterial.