



ENCUESTA DE NUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

NIÑO/A SELECCIONADO/A

A - IDENTIFICACIÓN

Formulario N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Facebook: _____

Twitter: _____

Encuestador/a: _____ Supervisor/a: _____ Crítico: _____

A.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NIÑO O NIÑA SELECCIONADO/A

A1 Fecha de nacimiento de (niño/a):

PER_FECHANAC

Añote fecha: _____

A2 Cédula de identidad de (niño/a):

PER_CI

Añote el número: _____

A3 Sexo al nacer de (niño/a):

PER_SEXO

Varón 1

Mujer 2

A4 ¿Tiene (niño/a) alguna discapacidad permanente?

PER_DISCAPACIDAD

Sí 1

No 2

A5 Informante: ¿responde la misma persona?

E557

Sí, es la misma persona 1

No, responde un miembro de este hogar 2

Añote el N° de persona **E558**

No, responde un miembro calificado de otro hogar 3

A6 ¿Cuántos años cumplidos tiene (niño/a)?

E27

Añote la cantidad de años: _____

A7 ¿Cree que (niño/a) tiene ascendencia...

P1_NE

	Sí	No
... afro o negra? P1_NE_1	1	2
... asiática o amarilla? P1_NE_2	1	2
... blanca? P1_NE_3	1	2
... indígena? P1_NE_4	1	2
... otra? P1_NE_7A P1_NE_7	1	2
especificar		

A8 ¿Cuál considera la principal de las declaradas?

P1_NE_10

Afro o negra 1
Asiática o amarilla 2
Blanca 3
Indígena 4
Otra 5

A9 ¿Cuál es la relación de parentesco de (niño/a) con el/la jefe/a del hogar?

E30

Hijo/a de ambos 3
Hijo/a solo del jefe/a del hogar 4
Hijo/a solo del/de la esposo/a o compañero/a 5
Hermano/a 9
Nieto/a 11
Otro/a pariente 12
Otro/a no pariente 13

A10 ¿La madre de (niño/a) vive en este hogar?

E31

Sí 1

¿Quién es?

E31_1

Añote el N° de persona: 99

A12 ¿El padre de (niño/a) vive en este hogar?

E32

Sí 1

¿Quién es?

E32_2

Añote el N° de persona: 99

B - SALUD

B1 ¿Tiene (niño/a) derechos vigentes en alguna de las siguientes instituciones de salud? En caso de contar con derechos en más de 1 institución marque en la que se atiende habitualmente.

E45_CV

MSP / ASSE (incluye Hospital de Clínicas) 1	
Mutualista (IAMC) 2	pase a preg. B3
Seguro médico privado 3	pase a preg. B4
Hospital Policial / Militar 4	pase a preg. B5
Área de salud del BPS 5	pase a preg. B6
Policlínica municipal 6	pase a preg. B7
No cuenta con derechos en ninguna institución 7	pase a preg. B8

El cuestionario continúa en la siguiente página.

B2 ¿Cómo accede (niño/a) a MSP / ASSE?

E45_1_1_CV

- A través de FONASA, miembro de este hogar 1
- A través de FONASA, miembro de otro hogar 4
- Por bajos recursos 2
- Pagando arancel 3
- A través de un miembro de este hogar (sin ser FONASA) 5

¿Cuál?

E45_1_1_1_CV

Anoté el N° de persona

- A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA) 6

Pase a preg. B6.

B3 ¿Cómo accede (niño/a) a IAMC?

E45_2_1_CV

- A través de FONASA, miembro de este hogar 1
- A través de FONASA, miembro de otro hogar 6
- Paga un miembro de este hogar 2
- Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 5

¿Cuál?

E45_2_1_1_CV

Anoté el N° de persona

- A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 3

Pase a preg. B6.

B4 ¿Cómo accede de (niño/a) al Seguro Médico Privado?

E45_3_1_CV

- A través de FONASA, miembro de este hogar pagando complemento 1
- A través de FONASA, miembro de otro hogar pagando complemento 6
- Paga un miembro de este hogar 2
- Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 5

¿Cuál?

E45_3_1_1_CV

Anoté el N° de persona

- A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 3

Pase a preg. B6.

B5 ¿Cómo accede (niño/a) al Hospital Militar o Policial?

E45_4_1_CV

- A través de un miembro de este hogar 1

¿Cuál?

E45_4_1_1_CV

Anoté el N° de persona

- A través de un miembro de otro hogar 2

B6 ¿Tiene (niño/a) derechos vigentes de salud en alguna otra institución? En caso de contar con derechos en más de 2 instituciones, marque en la que se atiende habitualmente.

E45_CVA

- MSP / ASSE (incluye Hospital de Clínicas) 1
- Mutualista (IAMC) 2
- Seguro médico privado 3
- Hospital Policial / Militar 4
- Área de salud del BPS 5
- Policlínica municipal 6
- No cuenta con derechos en ninguna otra institución 7

pase a preg. B8

B7 ¿Se atiende en esta otra institución?

E45_CVB

- Sí 1
- No 2

B8 ¿Está afiliado a algún sistema de emergencia móvil?

E46_CV

- Sí 1
- No 2

pase al módulo C

B9 ¿Quién paga la cuota de (niño/a) ?

E47_CV

- Está incluida en la cuota de la IAMC 1
- Paga un miembro de este hogar 2
- Paga un miembro de otro hogar 3
- Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E47_1_CV

Anoté el N° de persona **C - EDUCACIÓN****SOLO SI (NIÑO/A) TIENE 4 AÑOS O MENOS****C1 ¿Asiste o asistió (niño/a) a un centro de cuidados y/o educación inicial? Incluye maternalitos y guarderías.**

IH1

- Sí 1
- No 2
- NS / NC 99

pase a preg. C19

C2 ¿A partir de qué edad comenzó (niño/a) a asistir al centro de cuidados y/o educación inicial?

IH13

Anoté la cantidad de meses

IH13_1

NS / NC 99

C3 ¿Asiste actualmente (niño/a) a algún centro de educación inicial? Incluye maternalitos y guarderías.

E238

- Sí 1
- No 2

pase a preg. C19

C4 ¿Ese establecimiento es...

E239

- ... INAU - CAIF? 1
- ... INAU - CAPI o centro diurno? 2
- ... INAU - Casa comunitaria de cuidados? 3
- ... ANEP - Escuela educación común con grupos de inicial (niños de 3 a 12)? 4
- ... ANEP - jardín de infantes (niños de 3 a 6)? 5
- ... jardín o centro de educación infantil privado (niños de 0 a 6)? 6
- ... colegio con educación inicial (niños de 0 a 12)? 7
- ... otro público? 8
- ... otro privado? 9

pase a preg. C11

pase a preg. C11

NS / NC 99

pase a preg. C11

SOLO SI (niño/a) ASISTE A UN CENTRO PRIVADO SINO PASE A PREG. C11**C5 ¿Alrededor de cuánto —si es necesario hacerlo— debe pagar el hogar por mes para que (niño/a) asista al centro de educación y cuidados? Se refiere a dinero en efectivo que el hogar debe pagar, proveniente de sus propios ingresos.**

E240

Anoté la cantidad en pesos **C6 ¿Tiene (niño/a) una beca?**

IH4

- Sí 1
- No 2
- NS / NC 99

pase a preg. C11

pase a preg. C11

C7 ¿De qué porcentaje?

IH5

Anote el porcentaje.....

C8 ¿Qué institución le otorga la beca?

IH6_NV

El propio centro educativo 1

Empleo público de familiar 2

Empleo privado de familiar 3

Otra institución privada 4

Programa público (ej.: bis) 5

Otra 6

especificar

NS / NC..... 99

Pase a preg. C10.

C9 Antes de inscribir a (niño/a) en un centro privado, ¿intentaron obtener cupo en la oferta pública? Ej.: CAIF, jardines de infantes, escuela públicas con educación inicial.

IH7

Sí 1

No 2

C10 Si hubiese disponibilidad en la oferta pública con la misma cantidad de horas que asiste (niño/a) actualmente en la oferta privada:

IH7_NV

se cambiaría a la oferta pública 1

se mantendría en la oferta privada 2

NS / NC..... 99

C11 ¿Cómo se traslada (niño/a) al centro de cuidados y/o educación inicial? Si es más de 1 medio, indicar el medio de mayor traslado.

IH8_NV

A pie 1

En ómnibus 2

En camioneta / autobús infantil 3

En auto 4

En bicicleta 5

En moto 6

Otro 7

especificar

NS / NC..... 99

Pase a preg. C10.

C12 ¿Cuánto demora en llegar?

IH9

Anote la cantidad de minutos IH9_1

NS / NC..... 99

C13 ¿Cuál es la distancia al centro de cuidados y/o educación inicial desde su lugar de referencia (casa, trabajo, casa de familia, etc.)?

IH10_NV

Hasta 5 cuadras 1

Entre 6 y 10 cuadras 2

Entre 11 y 15 cuadras 3

Entre 16 y 20 cuadras 4

Más de 20 cuadras 5

NS / NC..... 99

C14 ¿Cuántas horas semanales asiste?

IH10

Anote la cantidad de semanas IH10_1

NS / NC..... 99

C15 ¿Cuántas veces por semana va (niño/a) al centro de cuidados y/o educación inicial?

IH11

5 días 1

4 días 2

3 días 3

2 días 4

1 día 5

NS / NC..... 99

C16 ¿En que horario asiste al centro de cuidados y/o educación inicial?

IH1_NE

De mañana 1

De tarde 2

Intermedio 3

Horario extendido 4

Otro 5

especificar

NS / NC..... 99

C17 ¿Es el horario del centro de cuidados y/o educación inicial al que asiste (niño/a) compatible con su horario de trabajo o necesidades familiares?

IH12_NV

Sí 1

No, el horario es corto 2

No, abren muy tarde 3

No, cierran muy temprano 4

Otro 5

especificar

NS / NC..... 99

C18 Durante la semana, fuera del horario escolar, ¿entre quienes se distribuye el cuidado de (niño/a)?

IH2_NE

	Sí	No
Madre.....	IH2_NE_1	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_1_1	
Padre.....	IH2_NE_2	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_2_1	
Se queda(n) solo/a(s)	IH2_NE_3	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_3_1	
Pareja de la madre	IH2_NE_4	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_4_1	
Pareja del padre	IH2_NE_5	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_5_1	
Hermano/a mayor de 10 años	IH2_NE_6	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_6_1	
Hermano/a menor de 10 años	IH2_NE_7	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_7_1	
Abuelo/a(s)	IH2_NE_8	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_8_1	
Otro pariente.....	IH2_NE_9	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_9_1	
Vecinos u otro no pariente.....	IH2_NE_10	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_10_1	
Persona remunerada.....	IH2_NE_11	1 2
Anote cantidad en horas	IH2_NE_11_1	

Pase a preg. C20.

C19 Solo si (niño/a) no asiste a un centro de educación inicial y/o de cuidados (preg. C3 = 2). ¿Quién es el/la cuidador/a principal del niño/a durante la semana? Aceptar una sola respuesta, sondear tanto como sea necesario para efectuar aclaraciones.

IH3_NV	
La madre.....	1
El padre	2
Un/a abuelo/a	3
Otro/a pariente.....	4
Un/a niño/a o empleada/o doméstica/o	5
Un/a amigo/a o vecino/a	6
El niño/a se queda mayormente solo/a	7
Otro/a	8
	IH3_NV_1
	especificar
Se desconoce.....	9
NS / NC.....	99

C20 Solo si (niño/a) no asiste ni asistió a un centro de educación inicial y/o de cuidados (preg. C1 = 2). ¿Indique cuáles fueron las razones por las que no envía a o envió a (niño/a) a un centro de cuidados o educación inicial?

IH15_NV		Sí	No
No necesito o no quiero, prefiero que sean cuidados en casa.....	IH15_NV_1	1	2
Necesito, pero es/era muy caro.....	IH15_NV_2	1	2
Necesito, pero no hay oferta pública en la zona.....	IH15_NV_3	1	2
Necesito, pero considero que no tienen la calidad suficiente.....	IH15_NV_4	1	2
(niño/a) es muy chiquito/a.....	IH15_NV_5	1	2
Por miedo a que se enferme muy seguido	IH15_NV_6	1	2
Está lejos o es complicado llegar	IH15_NV_7	1	2
Los horarios no son/eran compatibles con mi jornada laboral.....	IH15_NV_8	1	2
Mi pareja no quería.....	IH15_NV_9	1	2

C21 Cuando (niño/a) se enferma o no hay clase, ¿quién le cuida?

IH4_NE		Sí	No
Madre.....	IH4_NE_1	1	2
Padre.....	IH4_NE_2	1	2
Se queda(n) solo/a(s)	IH4_NE_3	1	2
Pareja de la madre	IH4_NE_4	1	2
Pareja del padre	IH4_NE_5	1	2
Hermano/a mayor de 10 años	IH4_NE_6	1	2
Hermano/a menor de 10 años	IH4_NE_7	1	2
Abuelo/a(s)	IH4_NE_8	1	2
Otro pariente/a.....	IH4_NE_9	1	2
Vecino/a(s) u otro no pariente/a.....	IH4_NE_10	1	2
Persona remunerada	IH4_NE_11	1	2

C22 ¿Cómo seleccionó a la persona remunerada que cuida a su hijo/a?

IH5_NE	
Se la recomendaron	1
Ya trabajaba en su casa	2
Es un/a pariente/a, cuida a mi hijo/a y usted le ayuda económicamente	3
Recurrió a una agencia de personal.....	4
Otro	8
	IH5_NE_1
	especificar
NS / NC.....	99

C23 ¿En el lugar de trabajo, alguno de los referentes cuenta con los siguientes beneficios para la crianza y cuidado de sus hijos/as pequeños? Madre, padre, pareja de madre o padre, etc.

IH6_NE	
1 Priorización de horarios según responsabilidades familiares. Ej.: no uso de horario nocturno.	
IH6_NE_1	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

2 Flexibilidad horaria en períodos especiales. Ej.: período postnatal.

IH6_NE_2	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

3 Contabilización de horas semanales o mensuales.

IH6_NE_3	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

4 Reintegro gradual luego del permiso de medio horario.

IH6_NE_4	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

5 Trabajo a distancia.

IH6_NE_5	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

6 Permisos para acompañar a familiares a citas médicas o a actividades educativas.

IH6_NE_6	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

7 Centros de cuidados en la empresa.

IH6_NE_7	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC.....	99

8 Actividades especiales para vacaciones escolares de verano o invierno.

IH6_NE_8	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC	99

9 Centros de cuidado infantil en días específicos o de complemento del horario escolar.

IH6_NE_9	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC	99

10 Salas de lactancia.

IH6_NE_10	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC	99

11 Convenios con servicios de cuidados.

IH6_NE_11	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC	99

12 Vales o transferencias para compra de servicios de cuidados.

IH6_NE_12	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
NS / NC	99

13 Licencia especial para cuidado de familiar.

IH6_NE_13	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
Otra licencia especial para cuidado de familiar	#
<div style="text-align: right;">IH6_NE_13_1</div> <div style="text-align: right;">especificar</div>	
No	5
NS / NC	99

14 Otro beneficio.

IH6_NE_14	
Sí, el padre	1
Sí, la madre	2
Sí, ambos (padre y madre)	3
Sí, otro miembro	4
No	5
Otro beneficio	6

<div style="text-align: right;">IH6_NE_14_1</div> <div style="text-align: right;">especificar</div>	
NS / NC	99

D - POLÍTICAS ALIMENTARIAS

D1 ¿Concurrió (niño/a) a algún comedor en los últimos 30 días?

E559	
Sí, a un comedor	1
Sí, a una olla popular	2
Sí, a un comedor y una olla	3
No	4
pase a preg. D4	

D2 ¿Cuántos desayunos y/o meriendas recibe (niño/a) por semana?

E559_1	
Anote la cantidad	_____

D3 ¿Cuántos almuerzos y/o cenas recibe (niño/a) por semana?

E559_2	
Anote la cantidad	_____

D4 ¿(niño/a) recibe algún tipo de tarjeta?

E560	
Sí	1

TUS-MIDES

E560_1	
Sí	1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

Anote el valor	<div style="text-align: right;">E560_1_1</div> <div>_____</div>
No	2

TUS-INDA

E560_2	
Sí	1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

Anote el valor	<div style="text-align: right;">E560_2_1</div> <div>_____</div>
No	2

Bono Crianza

E560_3	
Sí	1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

Anote el valor	<div style="text-align: right;">E560_3_1</div> <div>_____</div>
No	2
No	2

D5 ¿Recibe (niño/a) algún tipo de canasta?

E59	
Sí	1
No	2
pase al módulo E	

D6 ¿Cuál canasta recibe (niño/a)?

E246	
Canasta para celiacos	7
Canasta MIDES (ej.: UCC, INDA, emergencia o cualquier otra proporcionada por el MIDES)	14
Otra	<div style="text-align: right;">E246_1</div> <div style="text-align: right;">especificar</div>
	11

D7 ¿Cuántas mensualmente?

E247

Anote la cantidad.....

E - NACIMIENTO Y ADOPCIÓN**E1 ¿Cuál es su relación de parentesco con (niño/a)?**

NA1

Madre..... 1
 Padre..... 2
 Abuela..... 3
 Abuelo..... 4
 Otro familiar..... 5
 Otro no familiar..... 6

NA1_1
 especificar

NS / NC..... 99

E2 ¿(niño/a) es adoptado?

NA3

Sí..... 1
 No..... 2 pase a módulo F
 NS / NC..... 99 pase a módulo F

E3 ¿En qué año y mes fue adoptado (niño/a)?

Anote el año y mes..... NA4_1 NA4_2

F6 ¿Con qué frecuencia ve al padre biológico o adoptivo? Días por semana o por mes que ve al padre biológico.

IH26

Todos los días..... 1
 5 a 6 días por semana..... 2
 3 a 4 días por semana..... 3
 1 a 2 días por semana..... 4
 1 vez cada 15 días..... 5
 1 vez al mes..... 6
 Algunas veces al año..... 7
 No tiene contacto con (niño/a)..... 8

F7 ¿Ud. y el padre biológico/adoptivo de (niño/a) establecieron algún acuerdo legal o de palabra respecto a la pensión o transferencia de dinero?

IH7_NE

Sí y se cumple el acuerdo..... 1
 Sí, pero no se cumple..... 2
 No..... 3
 NS / NC..... 99

F8 ¿Ud. y el padre biológico/adoptivo de (niño/a) establecieron algún acuerdo legal o de palabra respecto al régimen de visitas?

IH8_NE

Sí y se cumple el acuerdo..... 1
 Sí, pero no se cumple..... 2
 No..... 3
 NS / NC..... 99

F - VÍNCULOS CON LOS PADRES**F1 Indicar quién contesta la entrevista.**

IH21

El padre biológico/adoptivo de (niño/a)..... 1
 La madre biológica/adoptiva de (niño/a)..... 2 pase a preg. F3
 Ni el padre ni la madre biológico/adoptiva..... 3

F2 La madre biológica/adoptiva de (niño/a), ¿vive aquí?

IH28

Sí..... 1
 Anote el N° de persona..... IH29 Si F1 = 1 pase a mód. G
 No..... 2 pase a preg. F3

F3 El padre biológico/adoptivo de (niño/a), ¿vive aquí?

IH22

Sí..... 1
 Anote el N° de persona..... IH23 Si F1 = 1 pase a mód. G
 No..... 2

F4 ¿Por qué razón no vive con ustedes el padre biológico/adoptivo de (niño/a)?

IH24

Murió..... 1 pase a mód. G
 Se separaron o divorciaron y dejó de convivir con (niño/a)..... 2
 Vive con (niño/a) en régimen de tenencia compartida..... 3
 Está privado de libertad..... 4
 Nunca vivió con (niño/a)..... 5 pase a preg. F6
 Emigró..... 6
 Otra..... 7

F5 ¿Qué edad tenía (niño/a) cuando el padre biológico/adoptivo dejó de vivir con usted?

Anote la edad en meses si era menor de 1 año..... IH25_1
 Anote años..... IH25_2

G - EMBARAZO**SOLO SI (NIÑO/A) NO ES ADOPTADO/A (PREG. E2 = 2)****G1 ¿Cuando Ud. o su pareja quedó embarazada de (niño/a)...**

EM1

Quería quedar embarazada en ese momento..... 1 pase a preg. G3
 Más adelante..... 2
 No quería tener (más) hijos..... 3 pase a preg. G3

G2 ¿Cuánto tiempo más quería esperar?

EM1_NE

2 años o menos..... 1
 Más de 2 años..... 2

G3 Si usted tuviera que elegir un número del 1 al 10 para expresar cuántas ganas tenía de quedar embarazada justo antes de quedar, ¿qué número elegiría? 1 significa que usted quería evitar quedar (o que su pareja quedara) embarazada y 10 que usted quería quedar (o que su pareja quedara) embarazada.

EM2_NE

Anote el número.....

G4 Por favor dígame qué número del 1 al 10 describe mejor como se sintió usted cuando se enteró que estaba embarazada de (niño/a). 1 significa que no estaba nada feliz cuando se enteró que estaba (o su pareja) embarazada y 10 que estaba totalmente feliz.

EM3_NE

Anote el número.....

G5 ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se realizó el primer control?

EM4

Anote la cantidad de semanas..... EM4_1
 Si < 13 semanas pase a preg. G.7.

G6 Su primer control de embarazo es posterior a la semana 14. ¿Por qué no asistió a atención prenatal antes? Respuesta espontánea.

EM7
 Por el trabajo 1
 Le quedaba lejos 2
 No quería estar embarazada 3
 No le gusta la atención 4
 No tenía dinero 5
 No sabía que estaba embarazada 6
 Le daba miedo 7
 Los horarios eran malos 8
 No le gusta ir al ginecólogo 9
 No quería que nadie se enterara que estaba embarazada 10
 No estaba segura de querer continuar con el embarazo 11
 Ya sabía que estaba todo bien, tuvo más hijos 12
 No, por restricciones vinculadas a la pandemia (COVID 19) 13
 Otro EM7_1 14
 especificar
 NS / NC 99

G7 ¿Durante el embarazo de (niño/a) le diagnosticaron depresión? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM5_NE
 Sí 1
 No 2
 NS / NC 99

G8 ¿Durante el embarazo de (niño/a) fumó cigarrillos (de tabaco)? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM12
 Sí 1
 No 2 pase a preg. G11
 NS / NC 99 pase a preg. G11

G9 Indique en qué trimestre. Puede marcar más de uno si corresponde.

EM6_NE

	Sí	No
Primer trimestre EM6_NE_1	1	2
Segundo trimestre EM6_NE_2	1	2
Tercer trimestre EM6_NE_3	1	2

G10 ¿Cuántos cigarrillos (de tabaco) fumó en promedio diariamente? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM13
 Anote el número promedio EM13_1
 NS / NC 99

G11 ¿Durante el embarazo de (niño/a) tomó alguna bebida alcohólica como vino, cerveza, whisky, licores, bebidas blancas, etc.? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM14
 Nunca 1
 Esporádicamente 2
 Regularmente 3
 No recuerda 4
 NS / NC 99

G12 ¿Durante el embarazo de (niño/a) tomó algún medicamento si considerar hierro ni ácido fólico? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM15
 Nunca 1 pase a preg. G14
 Esporádicamente 2
 Regularmente 3
 No recuerda 4 pase a preg. G14
 NS / NC 99 pase a preg. G14

G13 ¿Fue recetado?

EM7_NE
 Sí 1
 No 2
 NS / NC 99

G14 Durante el embarazo de (niño/a), ¿el médico le indicó tomar hierro o ácido fólico para el tratamiento o la prevención de la anemia o enfermedades congénitas? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

1 Hierro.

EM20_1
 Sí 1
 Anote a partir de qué semana del embarazo comenzó a tomar EM20_1_1
 No 2

2 Ácido fólico.

EM20_2
 Sí 1
 Sí, lo comenzó a tomar antes de quedar embarazada 1
 Sí, durante el embarazo 2
 Anote a partir de qué semana del embarazo comenzó a tomar EM20_2_2
 No 2

G15 ¿Recibieron alguna instancia de educación para el parto, lactancia y/o crianza?

EM22
 Sí 1
 No 2
 NS / NC 99

G16 ¿Durante el embarazo de (niño/a) recibió la "Guía para el buen comienzo" (librito naranja)?

Sí 1
 No 2 pase a preg. G18

G17 Usando una escala del 1 al 5, donde 1 es la usó muy poco y 5 la usó mucho, ¿cómo calificaría usted el uso que le dio a la guía?

EM29
 1 La usó muy poco 1
 2 2
 3 3
 4 4
 5 La usó mucho 5

G18 Durante el momento del parto, en la sala de parto, ¿estaba acompañada por su pareja, algún familiar o alguna persona afectivamente significativa para usted? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM23
 Sí, por el padre del bebé 1
 No, porque no quise 2
 No, porque no me lo permitieron 3
 No, porque no tenía quien le acompañe 4
 No, porque no pudo venir 5
 Sí, por otro familiar o alguien de su elección 6
 No, por restricciones vinculadas al COVID 19 7
 NS / NC 99

G19 ¿Uds. han usufructuado luego del nacimiento de (NOMBRE)...

1 ... licencia maternal?

EM26_1
Sí 1
Anote la cantidad de semanas EM26_1_1
No 2
No corresponde 98
NS / NC 99

2 ... licencia paternal?

EM26_2
Sí 1
Anote la cantidad de semanas EM26_2_1
No 2
No corresponde 98
NS / NC 99

3 ... medio horario materno?

EM26_3
Sí 1
Anote la cantidad de semanas EM26_3_1
No 2
No corresponde 98
NS / NC 99

4 ... medio horario paterno?

EM26_4
Sí 1
Anote la cantidad de semanas EM26_4_1
No 2
No corresponde 98
NS / NC 99

G20 Con posterioridad al embarazo ¿algún especialista le diagnosticó depresión post parto? En el caso de ser el padre el respondiente preguntar por la madre de (niño/a).

EM27
Sí 1
No 2
NS / NC 99

G21 ¿Por el nacimiento de (niño/a) recibió el set de bienvenida de Uruguay Crece Contigo?

EM9_NE
Sí 1
No 2 pase a preg. G23
NS / NC 99 pase a preg. G23

G22 Usando una escala del 1 al 5, donde 1 es que lo usó muy poco y 5 que lo usó mucho, ¿cómo calificaría usted el uso que le dio a los siguientes materiales? Seleccionar 8 si no recibió el material.

EM10_NE	EM10_NE_1	1	2	3	4	5	8
1	Libro "Mucho poquito o nada" / "Guía para la crianza"	1	2	3	4	5	8
2	Libro "Los primeros olores de la cocina de mi casa"	1	2	3	4	5	8
3	Libro "Bienvenido bebé" / "Hola bebé"	1	2	3	4	5	8
4	Algún soporte digital con música (CD, cod. QR, tarjeta)	1	2	3	4	5	8
5	Libro de cuentos	1	2	3	4	5	8
6	Juguete	1	2	3	4	5	8
7	Libro de tela o cartón para el bebé	1	2	3	4	5	8

G23 ¿Cómo valora que el Estado entregue a cada niño y niña que nace en el país materiales de apoyo a la crianza? Donde 1 es que no es para nada pertinente y 5 es que es muy pertinente.

EM11_NE
No es para nada pertinente 1
Es poco pertinente 2
Es indiferente 3
Es pertinente 4
Es muy pertinente 5

H - SALUD INFANTIL

H1 En las últimas semanas, ¿(niño/a) ha estado enfermo/a?

SI1_NE
Sí 1
No 2 pase a preg. H4
NS / NC 99 pase a preg. H4

H2 ¿Buscó usted consejo o tratamiento?

SI17
Sí 1
No 2 pase a preg. H9
NS / NC 99 pase a preg. H9

H3 ¿Dónde buscó consejo o tratamiento?

SI2_NE
Policlínica, servicio ambulatorio 1
Puerta de Urgencia o emergencia 2
Emergencia móvil 3
Farmacia 4
Amiga / vecina / pariente 5
Consulta telefónica 6
Otro SI2_NE_1 10
especificar
NS / NC 99

H4 En los últimos 12 meses, ¿(niño/a) tuvo alguna de las siguientes lesiones?

SI19
1 Accidente de transporte.
SI19_1
Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_1
Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI6_NE_1
Anote la cantidad de días
No 2
No 2
NS / NC 99

2 Caída.

SI19_2
Sí 1

SI_NE_2_1

especificar

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_2
Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI6_NE_2
Anote la cantidad de días
No 2
No 2
NS / NC 99

3 Quemadura.

SI19_3

Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_3

Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI19_3

Añote la cantidad de días

No 2

No 2

NS / NC 99

4 Intoxicación.

SI19_4

Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_4

Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI19_4

Añote la cantidad de días

No 2

No 2

NS / NC 99

5 Mordedura de animales.

SI19_5

Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_5

Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI19_5

Añote la cantidad de días

No 2

No 2

NS / NC 99

6 Choque eléctrico.

SI19_6

Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_6

Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI19_6

Añote la cantidad de días

No 2

No 2

NS / NC 99

7 Otro tipo de accidente.

SI19_7

Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_7

Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI19_7

Añote la cantidad de días

No 2

No 2

NS / NC 99

H5 ¿Qué distancia hay entre su casa y el lugar donde (niño/a) es atendido habitualmente?

SI10_NE

Hasta 5 cuadras 1

Entre 6 y 10 cuadras 2

Entre 11 y 15 cuadras 3

Entre 16 y 20 cuadras 4

Más de 20 cuadras 5

H6 ¿Alguna vez le realizaron extracción de sangre o le pincharon el dedo para evaluar si (niño/a) presentaba anemia? Si dice talón, verificar que no sea la pesquisa de recién nacido.

SI43

Sí 1

No 2 pase a preg. H8

NS / NC 99 pase a preg. H8

H7 ¿Cuál fue el resultado?

SI24

Tenía anemia 1

No tenía anemia 2

NS / NC 99

H8 ¿(niño/a) ha tomado suplemento de hierro? Ferrosterol, Iberol, Ibofer, Cheltin, Ferro-C, Ferropolin, Maltofer.

SI25

Sí 1

No 2

NS / NC 99

H9 ¿(niño/a) ha tomado suplemento de vitamina D? Viosterol.

SI13_NE

Sí 1

No 2

NS / NC 99

H10 Solo si (niño/a) es menor de 24 meses (preg. A7 < 3) y ha tomado suplemento de hierro (preg. H8 = 1), si no pase a preg. H11. En el día de ayer, ¿le dio hierro a (niño/a)? Ferrosterol, Iberol, Ibofer, Cheltin, Ferro-C, Ferropolin, Maltofer.

SI14_NE

Sí 1

No 2

NS / NC 99

H11 Solo si (niño/a) es menor de 24 meses (preg. A7 < 3) y ha tomado suplemento de vitamina D (preg. H9 = 1), si no pase a preg. H12. En el día de ayer, ¿le dio hierro a (niño/a)? Ferrosterol, Iberol, Ibofer, Cheltin, Ferro-C, Ferropolin, Maltofer.

SI15_NE

Sí 1

No 2

NS / NC 99

H12 ¿(niño/a) se realizó control odontológico?

SI16_NE

Sí 1 pase a preg. H14

No 2

NS / NC 99 pase a preg. H14

H13 ¿Por qué no lo realizó?

SI17_NE

No sabía que debía hacerlo / No se lo indicó el/la pediatra 1

No hay servicio de odontología en su prestador de salud 2

No hay números disponibles en la agenda 3

Restricciones vinculadas al COVID 19 4

Otra 5

NS / NC 99

Si (niño/a) < 3 años pase a preg. H16.

H14 Solo si (niño/a) tiene 3 o más años (preg. A7 >= 3), si no pase a preg. H16. ¿(niño/a) se realizó control oftalmológico?

SI18_NE

Sí 1 pase a preg. H16

No 2

NS / NC 99 pase a preg. H16

H15 Solo si (niño/a) tiene 3 o más años (preg. A7 >= 3), si no pase a preg.

H16. ¿Por qué no lo realizó?

SI19_NE	
No sabía que debía hacerlo / No se lo indicó el/la pediatra	1
No hay servicio de odontología en su prestador de salud.....	2
No hay números disponibles en la agenda.....	3
Restricciones vinculadas al COVID 19.....	4
Otra.....	5
NS / NC.....	99

H16 Desde el nacimiento y hasta el momento, ¿le diagnosticaron a (niño/a) una enfermedad crónica?

SI20_NE	
Sí.....	1

¿Qué enfermedad crónica le diagnosticaron?

SI20_NE_A	
No.....	2
NS / NC.....	99

H17 ¿(niño/a) se encuentra en tratamiento con algún especialista?

SI21_NE	
Sí.....	1
No.....	2
NS / NC.....	99

pase a preg. H19

pase a preg. H19

H18 ¿Cuál? Marcar hasta 3 opciones.

SI22_NE			
Oftalmólogo/a.....	SI24_NE_1	1	2
Nutricionista.....	SI24_NE_2	1	2
Fonoaudiólogo/a.....	SI24_NE_3	1	2
Psicomotricista.....	SI24_NE_4	1	2
Psicólogo/a.....	SI24_NE_5	1	2
Psiquiatra.....	SI24_NE_6	1	2
Neuropediatra.....	SI24_NE_7	1	2
Otorrinolaringólogo/a.....	SI24_NE_8	1	2
Alergista.....	SI24_NE_9	1	2
Dermatólogo/a.....	SI24_NE_10	1	2
Otro.....	SI24_NE_11_1	1	2
	especificar		

H19 ¿(niño/a) fue diagnosticado/a con alguna dificultad en su desarrollo?

Respuesta espontánea, no leer las opciones.

SI24_NE		
Sí		
¿Me podría decir qué le diagnosticaron?		
Discapacidad intelectual.....	SI24_NE_1	1
Retraso global del desarrollo.....	SI24_NE_2	2
Retraso simple del lenguaje.....	SI24_NE_3	3
Trastorno Específico del Lenguaje (TEL).....	SI24_NE_4	4
Trastorno fonético y/o fonológico.....	SI24_NE_5	5
Mutismo selectivo.....	SI24_NE_6	6
Trastorno de la comunicación social (pragmático).....	SI24_NE_7	7
Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	SI24_NE_8	8
Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad) (TDA, TDAH).....	SI24_NE_9	9
Trastorno del desarrollo psicomotor (ej.: desarrollo prático, motor) ..	SI24_NE_10	10
Discapacidad motora (ej.: parálisis cerebral, espina bífida).....	SI24_NE_11	11
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.....	SI24_NE_12	12
Trastornos depresivos.....	SI24_NE_13	13
Trastornos de ansiedad.....	SI24_NE_14	14

Continúa en la siguiente columna.

Otras patologías genéticas (ej. Síndrome de Down) y/o neurológicas (ej.: epilepsia).....

neurológicas (ej.: epilepsia).....	SI24_NE_15	15	
Discapacidad visual.....	SI24_NE_16	16	
Discapacidad auditiva.....	SI24_NE_17	17	
Otro.....	SI24_NE_18_1	SI24_NE_18	18
	especificar		
S / NC.....	SI24_NE_19		99
lo.....			2

I - SUEÑO

I1 ¿Dónde duerme habitualmente (niño/a)? Marcar solo una opción.

SS1_NE	
Solo/a en su cuna / cama, en el mismo cuarto de sus padres	1
Solo/a en su cuna / cama, en un cuarto diferente al de sus padres	2
Comparte cama con otros niños	3
Comparte cama con sus padres	4
Comparte cama con otros adultos	5
En su cuna / cama pegada a la cama de sus padres	6
En su coche	7
Otro _____	8
	SS1_NE_1
	especificar

I2 ¿Dónde durmió anoche (niño/a)? Marcar solo una opción.

SS2_NE	
Solo/a en su cuna / cama, en el mismo cuarto de sus padres	1
Solo/a en su cuna / cama, en un cuarto diferente al de sus padres	2
Comparte cama con otros niños	3
Comparte cama con sus padres	4
Comparte cama con otros adultos	5
En su cuna / cama pegada a la cama de sus padres	6
En su coche	7
Otro _____	8
	SS2_NE_1
	especificar

I3 Sólo si el niño/a es menor de 1 año, si es mayor pase a preg. I4. ¿Cómo le acostaba a dormir habitualmente?

SS3_NE	
Boca arriba.....	1
Boca abajo.....	2
De costado.....	3
No corresponde.....	98
NS / NC.....	99

I4 ¿Cuánto tiempo duerme (niño/a) durante la noche (entre las 8 de la tarde y las 7 de la mañana)?

SS4_NE			
Añote horas y minutos.....	SS4_NE_1	SS4_NE_2	
	horas	minutos	

I5 ¿Cuánto tiempo duerme (niño/a) durante el día (entre las 7 de la mañana y las 8 de la tarde)?

SS5_NE			
Añote horas y minutos.....	SS5_NE_1	SS5_NE_2	
	horas	minutos	

I6 ¿Cuántas veces se despierta (niño/a) durante la noche? En promedio.

SS6_NE	
Añote la cantidad promedio.....	

I7 ¿Cuánto tiempo pasa (niño/a) despierto/a durante la noche? Desde las 8 de la tarde hasta las 7 de la mañana.

SS7_NE			
Añote horas y minutos.....	SS7_NE_1	SS7_NE_2	
	horas	minutos	

I8 ¿Cuánto tiempo tarda (niño/a) en dormirse después de acostarse?

SS8_NE
Añote horas y minutos SS8_NE_1 SS8_NE_2
horas minutos

I9 Entre semana, ¿sobre que hora suele quedarse dormido durante la noche?

SS9_NE
Añote horas y minutos SS9_NE_1 SS9_NE_2
horas minutos

J - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Ahora voy a tomarle las medidas a (niño/a) el peso y talla.

J1 Peso.

Medida 1 peso kg MA1_1
Medida 2 peso kg MA1_2
Medida 3 peso kg MA1_3

J2 Medida.

Medida 1 talla cm MA2_1
¿Cómo se tomaron las medidas?
MA2_5_1
Con (niño/a) de pie 1
Con (niño/a) acostado/a 2
Medida 2 talla cm MA2_2
¿Cómo se tomaron las medidas?
MA2_5_2
Con (niño/a) de pie 1
Con (niño/a) acostado/a 2
Medida 3 talla cm MA2_3
¿Cómo se tomaron las medidas?
MA2_5_3
Con (niño/a) de pie 1
Con (niño/a) acostado/a 2

J3 Perímetro cefálico.

Medida 1 MA3_1
Medida 2 MA3_2
Medida 3 MA3_3

J4 ¿Tiene el carné de salud de (niño/a)?

MA8
Sí 1
No 2 pase a módulo K
NS / NC 99

J5 ¿Puedo verlo?

MA9
Sí 1
Primer control de salud
Añote la fecha MA10_B
Último control de salud
Añote la fecha MA10_C
Añote el peso en gramos MA10_1
Añote la talla en cm MA10_2
Añote el perímetro cefálico en cm MA10_3
No 2
No lo encuentra 3

K - LACTANCIA

K1 ¿(niño/a) fue amamantado alguna vez?

SI6
Sí 1
No 2 pase a preg. K4
NS / NC 99

K2 ¿Cuánto tiempo después de nacer comenzó a ser amamantado?

SI7
Menos de una hora 1
Entre 1 y 3 horas 2
Más de 3 horas 3
NS / NC 99

K3 ¿(niño/a) actualmente toma pecho?

SI8
Sí 1
No 2
NS / NC 99

K4 Al momento del alta, luego del nacimiento de (niño/a), ¿cuál fue su tipo de alimentación?

SI19_NEE
Lactancia materna exclusiva (directa o en otras formas de administración) 1
Lactancia materna no exclusiva (leche materna, líquidos o leche artificial) 2
Leche artificial (sólo complemento) 3
Otra SI19_NEE_1 especificar 4
NS / NC 99

K5 Para niños menores de 9 meses. ¿Qué alimento(s) recibió (niño/a) desde ayer a esta misma hora? Preguntar por cada alimento.

SI15_NV	Sí	No	NS / NC
1 Leche materna SI15_NV_1	1	2	99
2 Leche de vaca fluida común o con vitaminas SI15_NV_2	1	2	99
3 Leche de vaca en polvo común SI15_NV_3	1	2	99
4 Leche de tambo no pasteurizada SI15_NV_4	1	2	99
5 Yogur SI15_NV_5	1	2	99
6 Fórmula para lactantes (lata) SI15_NV_6	1	2	99
7 Agua o agua mineral SI15_NV_7	1	2	99
8 Té, infusión SI15_NV_8	1	2	99
9 Jugo, refresco o agua saborizada SI15_NV_9	1	2	99
10 Otra leche SI15_NV_10	1	2	99
11 Postre envasado SI15_NV_11	1	2	99
12 Otro líquido SI15_NV_12	1	2	99
13 Otros alimentos suaves, sólidos o semisólidos SI15_NV_13	1	2	99

K6 Solo si (niño/a) fue amamantado/a alguna vez (K1 = 1). ¿Que edad tenía (niño/a) cuando dejó de alimentarse únicamente a través de la lactancia materna?

SI20_NE_1
Añote edad en meses SI20_NE_1_1
No corresponde (porque aún no incorporó otro alimento) 98 pase al módulo L
NS / NC 99

K7 ¿Por qué dejó de practicar o nunca practicó lactancia exclusiva?

SI12	
Cantidad de leche insuficiente.....	1
Calidad de la leche inadecuada.....	2
Trabajo materno.....	3
Indicación médica.....	4
No succionaba.....	5
Decisión materna.....	6
Enfermedad del niño/a.....	7
Pezón umbilicado, agrietados o doloridos.....	8
Toma de anticonceptivos.....	9
Nuevo embarazo.....	10
Destete natural.....	11
No es su madre biológica.....	12
Otro.....	13
	SI12_1
	especificar
No corresponde.....	98
NS / NC.....	99

K8 Solo si (niño/a) actualmente no está amamantado (K3 = 2). ¿Por qué dejó de darle pecho a (niño/a) (destete completo)?

SI13	
Cantidad de leche insuficiente.....	1
Calidad de la leche inadecuada.....	2
Trabajo materno.....	3
Indicación médica.....	4
No succionaba.....	5
Decisión materna.....	6
Enfermedad del niño/a.....	7
Pezón umbilicado, agrietados o doloridos.....	8
Toma de anticonceptivos.....	9
Nuevo embarazo.....	10
Destete natural.....	11
No es su madre biológica.....	12
Otro.....	13
	SI13_1
	especificar
No corresponde.....	98
NS / NC.....	99

L - ALIMENTACIÓN

SOLO SI (NIÑO/A) TIENE ENTRE 6 Y 23 MESES SI > 23 MESES PASE A PREG. L10

L1 ¿Quién le da mayormente de comer a (niño/a)?

AL1_NV	
Padre.....	1
Madre.....	2
Padre y madre por igual.....	5
Abuelo o familiar cercano.....	3
Persona contratada para su cuidado.....	4
Otro.....	9
	AL1_NV_1
	especificar

L2 Mientras come (niño/a), ¿habitualmente se mira la televisión, tablet, computadora o celular?

AL2	
Sí.....	1
No.....	2
NS / NC.....	99

L3 ¿Le habla a (niño/a) durante las comidas?

AL3	
Sí.....	1
No.....	2
NS / NC.....	99

L4 ¿Le permite a (niño/a) tocar los alimentos y llevárselos a la boca por sí mismo/a?

AL4	
Sí.....	1
No.....	2
NS / NC.....	99

L5 ¿Cuántas comidas y entre comidas recibió (niño/a) en el día de ayer? Niños/as no amamantados contar las tomas de complemento o leche, niños/as amamantados/as no se cuentan las lactadas.

AL5	
Añote cantidad.....	AL5_1
NS / NC.....	99

L6 En el día de ayer, ¿consumió (niño/a) algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar? Preguntar por cada grupo de alimentos.

AL1_NE		Sí	No	NS/NC
1	Panes, harinas, pastas secas o frescas con o sin relleno, arroz y papas AL1_NE1	1	2	99
2	Alfajores y galletitas rellenas..... AL1_NE2	1	2	99
3	Preparaciones de papas (noisettes, prefritas, croquetas, puré envasada) AL1_NE3	1	2	99
4	Comidas preparadas prontas para bebés (colados, purés, papillas) AL1_NE4	1	2	99
5	Legumbres (porotos, garbanzos, lentejas, etc.) y nueces AL1_NE5	1	2	99
6	Snacks (papitas, pali chips, chizitos, doritos, etc.) AL1_NE6	1	2	99
7	Lácteos (leche, yogur, queso) AL1_NE7	1	2	99
8	Postres lácteos envasados AL1_NE8	1	2	99
9	Carnes, pescados, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras AL1_NE9	1	2	99
10	Nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres..... AL1_NE10	1	2	99
11	Huevos AL1_NE11	1	2	99
12	Frutas y verduras amarillas y verdes ricas en vitamina A (zapallo, calabaza, zanahoria, boniato zanahoria, espinaca, acelga, tomate, durazno, melón, sandía, ciruela, mandarina, etc.) AL1_NE12	1	2	99
13	Otras frutas y verduras AL1_NE13	1	2	99
14	Helados y golosinas AL1_NE14	1	2	99
15	Caldos, sopas instantáneas y aderezos AL1_NE15	1	2	99
16	Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas AL1_NE16	1	2	99

L7 ¿Qué aceite utiliza principalmente para elaborar las comidas de (niño/a)? Marcar solo una opción.

AL8_NV	
Girasol.....	1
Oliva.....	2
Maíz.....	3
Soja.....	4
Canola.....	5
Arroz.....	6
Alto oleico.....	7
Otros.....	8
No usa aceite.....	9
NS / NC.....	99

L8 ¿A la comida de (niño/a) le agrega sal? Cocción, preparación o en la mesa.

AL9
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L9 ¿Qué bebe (niño/a) mayoritariamente cuando tiene sed? Marcar solo una opción.

AL11_NV
Agua de la canilla 1
Agua embotellada 2
Jugo de fruta en base a agua envasado 3
Jugo en polvo preparado 4
Refrescos / aguas saborizadas 5
No consume 6
Jugo natural de frutas elaborada en casa (exprimido / licuado) 7
Jugo en base a soja 8
Otra falta 9
especificar
NS / NC 99

SOLO SI (NIÑO/A) > 23 MESES

L10 ¿(niño/a) come acompañado?

AL12
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L11 ¿Le habla durante las comidas?

AL13
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L12 ¿Le permiten alimentarse por sí mismo?

AL14
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L13 ¿Mientras come (niño/a) habitualmente se mira la televisión, tablet, computadora o celular?

AL15
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L14 ¿Habitualmente (niño/a) comparte la mesa familiar?

AL16
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L15 ¿Habitualmente (niño/a) y su familia comparten todos juntos alguna de las comidas del día?

AL17
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L16 ¿Cuál de las siguientes comidas realiza (niño/a) con algún integrante de la familia?

AL18
Sí No NS / NC
1 Desayuno AL18_1 1 2 99
2 Almuerzo AL18_2 1 2 99
3 Merienda AL18_3 1 2 99
4 Cena AL18_4 1 2 99
5 Comidas entre horas AL18_5 1 2 99
Anote la cantidad AL18_5_1

L17 En el día de ayer, ¿consumió (niño/a) algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar? Preguntar por cada grupo de alimentos.

AL2_NE
Sí No NS / NC
1 Verduras y legumbres AL2_NE_1 1 2 99
2 Caldos, sopas instantáneas y aderezos AL2_NE_2 1 2 99
3 Frutas AL2_NE_3 1 2 99
4 Panes y harinas, pastas, arroz y papas AL2_NE_4 1 2 99
5 Alfajores y galletitas rellenas AL2_NE_5 1 2 99
6 Preparaciones de papas (noisettes, prefritas, croquetas, puré) AL2_NE_6 1 2 99
7 Leche, yogur y quesos AL2_NE_7 1 2 99
8 Postres lácteos envasados AL2_NE_8 1 2 99
9 Helados, golosinas AL2_NE_9 1 2 99
10 Comidas preparadas prontas para bebés (colados, purés) AL2_NE_10 1 2 99
11 Snacks (papas, pali chips, chizitos, doritos, etc.) AL2_NE_11 1 2 99
12 Carnes, pescados y huevos AL2_NE_12 1 2 99
13 Nuggets, panchos, hamburguesas, fiambres AL2_NE_13 1 2 99
14 Aceite y semillas AL2_NE_14 1 2 99
15 Azúcar, dulces (mermeladas, dulce de leche) AL2_NE_15 1 2 99
16 Refrescos, jugos artificiales y aguas saborizadas AL2_NE_16 1 2 99

L18 ¿(niño/a) consume la comida con sal?

AL24
Sí 1
No 2
NS / NC 99

L19 ¿Qué bebe (niño/a) mayoritariamente cuando tiene sed? Marcar solo una opción.

AL26_NV
Agua de la canilla 1
Agua embotellada 2
Jugo de fruta en base a agua envasado 3
Jugo en polvo preparado 4
Refrescos / aguas saborizadas 5
No consume 6
Jugo natural de frutas elaborada en casa (exprimido/licuado) 7
Jugo en base a soja 8
Otra AL26_NV_1 9
especificar
NS / NC 99

El cuestionario continúa en la siguiente carilla.

M1 ¿Cuántos libros de niños o libros con dibujos tiene para (niño/a)?

PC20	Ninguno	00
	Entre 1 y 9	02
	Entre 10 y 50	03
	Entre 51 y 99	04
	Entre 100 y 199	05
	200 o más libros	10
NS / NC		99

M2 En los pasados 3 días, ¿alguien del hogar mayor de 15 años participó en alguna de las siguientes actividades con (niño/a)?

PC2_NE	1 ¿Le leyó libros o miró los dibujos de un libro?	
PC2_NE_A	Sí	1

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_A_A	1
	Padre	PC2_NE_A_B	2
	Otra persona	PC2_NE_A_X	3
Nadie		PC2_NE_A_Y	2

2 ¿Le contó cuentos?

PC2_NE_B	Sí	1
----------	----------	---

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_B_A	1
	Padre	PC2_NE_B_B	2
	Otra persona	PC2_NE_B_X	3
Nadie		PC2_NE_B_Y	2

3 ¿Le cantó canciones o cantó con (niño/a)?

PC2_NE_C	Sí	1
----------	----------	---

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_C_A	1
	Padre	PC2_NE_C_B	2
	Otra persona	PC2_NE_C_X	3
Nadie		PC2_NE_C_Y	2

4 ¿Le llevó a pasear fuera de la casa o algún recinto, patio u otro lugar?

PC2_NE_D	Sí	1
----------	----------	---

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_D_A	1
	Padre	PC2_NE_D_B	2
	Otra persona	PC2_NE_D_X	3
Nadie		PC2_NE_D_Y	2

5 ¿Jugó con (niño/a)?

PC2_NE_E	Sí	1
----------	----------	---

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_E_A	1
	Padre	PC2_NE_E_B	2
	Otra persona	PC2_NE_E_X	3
Nadie		PC2_NE_E_Y	2

6 ¿Le nombró, contó o dibujó cosas?

PC2_NE_F	Sí	1
----------	----------	---

¿Quién lo hizo?

	Madre	PC2_NE_F_A	1
	Padre	PC2_NE_F_B	2
	Otra persona	PC2_NE_F_X	3
Nadie		PC2_NE_F_Y	2

SOLO SI (NIÑO/A) > 12 MESES**M3 ¿Cuánto tiempo de actividad física realizó (niño/a) ayer (correr, saltar, trepar, lanzar, nadar...) en distintos ambientes (en casa, en el parque, en la piscina, etc.)?**

PC8_NE	Añote horas y minutos	PC8_NE_1	PC8_NE_2
		horas	minutos

PARA TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS**M4 Durante el día de ayer, ¿cuánto tiempo estuvo (niño/a) frente a una pantalla como TV, computadora, tablet, videojuegos, celular?**

PC6_NE	Añote horas y minutos	PC6_NE_1	PC6_NE_2
		horas	minutos

M5 Estas son frases que se dicen sobre los niños. Tienen dos respuestas posibles: sí o no. Si en algún caso le parece que la respuesta no es ni sí ni no, elija de todas maneras la que se acerque más a lo que usted piensa.

PC1	1 Para lo único que les sirve a los niños y niñas estar con otros niños es para aprender a pelear.	
-----	--	--

PC1_1	Sí	1
	No	2

2 Si un niño/a todavía no habla es imposible saber lo que quiere.

PC1_2	Sí	1
	No	2

3 Si niño/a pregunta cómo nacen los bebés, hay que decirle la verdad.

PC1_3	Sí	1
	No	2

4 Aunque sean muy chiquitos estar con otros niño/a le ayuda a crecer mejor.

PC1_4	Sí	1
	No	2

5 Muchas veces los caprichos de los niños y niñas "sacan de las casillas" y se termina pegándoles y gritándoles.

PC1_5	Sí	1
	No	2

6 El/la niño/a que necesita que una persona adulta haga algo por el/ella para que se duerma (leerle un cuento, cantarle una canción, hamacarlo, etc.) "tiene mañas".

PC1_6	Sí	1
	No	2

7 Los bebés que tocan todo no son malcriados, están aprendiendo.

PC1_7	Sí	1
	No	2

8 Para que aprendan a comer solos hay que dejarles ensuciarse y jugar con la cuchara.

PC1_8	Sí	1
	No	2

9 A los varones hay que educarlos para que sepan mandar en su casa.

PC1_9	Sí	1
	No	2

10 A veces, para que entiendan, aunque sean chiquitos no hay más remedio que pegarlos.

PC1_10	Sí	1
	No	2

11 Querer más a un hijo/a es dejarle hacer cualquier cosa.

PC1_11
Sí 1
No 2

12 A los varones hay que enseñarles a cuidarse por sí mismos y a las niñas las tiene que cuidar uno/a.

PC1_12
Sí 1
No 2

13 Para que los niños y niñas coman hay que darles de comer siempre a cualquier hora.

PC1_13
Sí 1
No 2

14 Los niños y niñas aprenden a portarse bien cuando se les habla y se les tiene paciencia.

PC1_14
Sí 1
No 2

15 Si a los niños y niñas no les gusta la comida que se les cocinó, hay que obligarles a que la coma.

PC1_15
Sí 1
No 2

16 A las niñas hay que enseñarles que el lugar de la mujer es en la casa.

PC1_16
Sí 1
No 2

17 A los hijos e hijas una "buena paliza" de vez en cuando les hace bien.

PC1_17
Sí 1
No 2

18 Para que a los niños y niñas se les vayan las rabietas hay que esperar que se tranquilicen solos sin prestarles mucha atención.

PC1_18
Sí 1
No 2

19 Es mejor hablarles a los niños y niñas sobre cómo nacen los bebés cuando ya están en la escuela.

PC1_19
Sí 1
No 2

20 Para que a los niños y niñas se les vayan las "mañas" hay que dejarles llorar hasta que se cansen.

PC1_20
Sí 1
No 2

21 Los niños y niñas comen mejor cuando se les tiene paciencia y se les da algo para jugar y se entretienen.

PC1_21
Sí 1
No 2

22 Para que aprendan a obedecer los niños y niñas tienen que saber lo que pueden hacer y lo que no.

PC1_22
Sí 1
No 2

23 Dejar los niños y niñas frente al TV mucho rato es una solución para las mamás cuando están ocupadas.

PC1_23
Sí 1
No 2

M6 Las personas adultas tienen ciertas formas de enseñar a los niños y niñas la forma correcta de comportarse o cómo afrontar un problema de comportamiento. Le voy a leer varios métodos que se usan y quiero que me diga si usted o alguien más del hogar ha usado estos métodos con (niño/a) en el mes pasado. Disciplina - UNICEF.

1 Le quitó algún privilegio, le prohibió algo que a (niño/a) le gusta, le puso en penitencia o no le permitió salir de la casa.

PC1_NE_1
Sí 1
No 2

NS / NC 99

2 Le explicó a (niño/a) por qué su comportamiento estuvo mal.

PC1_NE_2
Sí 1
No 2

NS / NC 99

3 Le sacudió.

PC1_NE_3
Sí 1
No 2

NS / NC 99

4 Le gritó.

PC1_NE_4
Sí 1
No 2

NS / NC 99

5 Le dio otra cosa que hacer o le entretuvo con otra cosa.

PC1_NE_5
Sí 1
No 2

NS / NC 99

6 Le dio una palmada, le golpeó o le palmeó en la cola solo con la mano.

PC1_NE_6
Sí 1
No 2

NS / NC 99

7 Le golpeó en la cola o en otra parte del cuerpo con algún objeto como cinturón, cepillo de pelo, palo u otro objeto duro.

PC1_NE_7
Sí 1
No 2

NS / NC 99

8 Le llamó tonto/a, perezoso/a o le insultó.

PC1_NE_8
Sí 1
No 2

NS / NC 99

9 Le golpeó o le dio una palmada en la cara, en la cabeza o en las orejas.

PC1_NE_9
Sí 1
No 2

NS / NC 99

10 Le golpeó o le dio una palmada en la mano, en el brazo o en la pierna.

PC1_NE_10
Sí 1
No 2

NS / NC 99

11 Le dio una paliza, es decir, le pegó una y otra vez lo más fuerte que pudo.

PC1_NE_11
Sí 1
No 2

NS / NC 99

12 ¿Cree usted que para criar o educar correctamente a los niños y niñas deben ser castigados físicamente?

PC1_NE_12

Sí 1
No 2
NS / NC 99

N - USO DE ESPACIOS PÚBLICOS

N1 ¿Hay espacios públicos (plazas, parques, juegos) en su barrio para ir con su(s) hijos/as?

EP1_NE

Sí 1
No 2 pase a ASQ_3
NS / NC 99 pase a ASQ_3

N2 ¿A qué distancia queda el más cercano?

EP2_NE

Menos de 5 cuadras 1
Entre 5 y 10 cuadras 2
Más de 10 cuadras 3
No corresponde 98
NS / NC 99

N3 ¿Usa esos espacios públicos para llevar a su(s) hijo/a(s)?

EP3_NE

Sí 1 pase a preg. N5
No 2
No corresponde 98
NS / NC 99 pase a ASQ_3

N4 ¿Cuál es el principal motivo por el que no los usa? Respuesta espontánea.

EP4_NE

Quedan lejos 1
El camino no está en buen estado 2
El camino no es seguro 3
No están equipados 4
No están en buen estado 5
No son seguros 6
No tiene tiempo 7
No tiene costumbre 8
No le gusta la gente que usa el espacio 9
Otro EP4_NE_1 especificar 11
No corresponde 98
NS / NC 99
Pase a ASQ_3.

N5 ¿Cuántas veces en el último mes (niño/a) usó esos espacios?

EP5_NE

Añote la cantidad de años EP5_NE_1
NS / NC 99 pase a ASQ_3

Versión 2024-02-01



Diseño y diagramación: Departamento Difusión y Comunicación
www.ine.gub.uy / difusion@ine.gub.uy /    