

“Carácter estrictamente confidencial y reservado  
Ley 17622, art. 10: Las informaciones que se  
suministren a los organismos que integran el  
Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de  
la presente ley serán estrictamente secretas y sólo  
se utilizarán con fines estadísticos.  
Los datos deberán ser suministrados y publicados  
únicamente en publicaciones de conjunto.”

3

## Niño/a de 2 a 5 años

<b>Provincia</b>				
<b>Punto muestra</b>				
<b>Hogar</b>				
<b>Nro Orden Encuestado</b>				
<b>Nro Orden Respondente</b>				
<b>Encuestador</b>				

**Fecha de la encuesta:**     
día mes año

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de la/el niña/niño:**  
    
día mes año

**Sexo del niño/a**

Femenino  (f)

Masculino  (m)

# 1 ANTECEDENTES SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

**1.1.** ¿Ha llevado a ... (nombre) para que le efectuaran controles estando sano/a durante los últimos 6 meses?

- No  (0) ▶ pasa a 1.3  
 Sí  ( \_\_\_ ) N° de controles  
 NS/NR  (99) ▶ pasa a 1.3

**1.2** ¿Dónde le han realizado a ... (nombre) la mayoría de esos controles?

- Centro de Salud (Público)  (1)  
 Hospital (Público)  (2)  
 Establecimiento de Obra Social  (3)  
 Establecimiento privado  (4)  
 Otros, especificar:  (5)  
 \_\_\_\_\_  
 NS/NR  (9)

**1.3** ¿Cuántos controles ha realizado ... (nombre) durante el último año?

\_\_\_ N° de controles (99 = NS/NR)

## VACUNAS

**1.4** ¿Podría mostrarme la libreta sanitaria /carné de vacunación o certificados de vacunas de ... (nombre)?

- Muestra el registro  (1)  
 No muestra el registro  (0)  
 En caso de existir registro y mostrarlo, se consignará la información en él contenida.  
 Si no, consignar lo que el encuestado refiere.

**1.5** Complete en el siguiente cuadro las dosis registradas para cada una de las siguientes vacunas

Vacuna	N° de dosis	NS/NR
BCG		
DPT (Triple bacteriana)		
Cuádruple bacteriana		
Haemophilus		
Sabin		
Antisarampionosa		
Triple viral		
Hepatitis B		

# 2 CONDICIONES DE SALUD

**2.1** En el último año, (desde el mismo mes del año pasado) ¿Ha estado ... (nombre) internado alguna vez?

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 2.3  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 2.3

**2.2** ¿Puede decirme por cuáles de las siguientes causas fué internado... (nombre) y cuántas veces fue internado por esa causa?

Causa	Sí	No	NS/NR	Veces	Total de Días
Infección respiratoria					
Diarrea					
Desnutrición					
Accidente					
Otro (especificar)					
_____					

NS/NR (9) (99) (999)

**2.3** ¿... (nombre) ha tenido algún accidente o lesión externa en los últimos 15 días? Se cayó, se golpeó, se quemó, se intoxicó, se lastimó?

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 2.7  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 2.7

**2.4** ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)?

(antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)

**No leer las opciones**

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le limpiaron la lesión?			
2. ¿Lo protegieron para trasladarlo?			
3. ¿Le dieron algún medicamento?			
5. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

**2.5** ¿Consultaron con alguien por el accidente o por la lesión?

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 2.7  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 2.7

**2.6 ¿Con quién consultaron?**

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario  (1)  
 Enfermera  (2)  
 Médico  (3)  
 Otra persona  (4)

Especificar: \_\_\_\_\_

**2.7 ¿... (nombre) ha presentado fiebre (temperatura mayor a 37.5°) en los últimos 15 días?**

- Sí  (1)  
 No  (0)  
 NS/NR  (9)

**2.8 ¿... (nombre) tuvo tos o catarro durante los últimos 15 días?**

- Sí  (1)  
 No  (0)  
 NS/NR  (9)

**2.9 ¿... (nombre) estuvo con fatiga, agitado o respiraba con dificultad en los últimos 15 días?**

- Sí  (1)  
 No  (0)  
 NS/NR  (9)

**Nota para el encuestador: si las respuestas a las preguntas 2.7 a 2.9 fueron negativas, pase a 2.13**

**2.10 ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)?**

(antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)

**No leer las opciones**

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le hicieron baños con vapor de agua?			
2. ¿Le hicieron nebulizaciones?			
3. ¿Le dieron jarabe para la tos?			
4. ¿Le dieron antibióticos?			
5. ¿Le dieron algún té?			
6. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

**2.11 ¿Consultaron con alguien por la fiebre, la tos y/o la fatiga?**

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 2.13  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 2.13

**2.12 ¿Con quién consultaron?**

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario  (1)  
 Enfermera  (2)  
 Médico  (3)  
 Otra persona  (4)

Especificar: \_\_\_\_\_

**2.13 ¿... (nombre) tuvo diarrea en los últimos 15 días?**

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 3.1  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 3.1

**2.14 ¿Cuántos días duró la diarrea?**

\_\_\_\_\_ días  (99 NS/NR)

**2.15 ¿Qué hicieron para mejorar a ... (nombre)?**

(antes de la consulta) (marque con una cruz todas las respuestas)

**No leer las opciones**

	Sí (1)	No (0)	NS/NR (9)
1. ¿Le dieron más agua de lo habitual?			
2. ¿Le dieron antibióticos?			
3. ¿Le dieron antidiarreicos?			
4. ¿Le dieron sales de rehidratación oral?			
5. ¿Le dieron agua de arroz?			
6. ¿Le dieron o hicieron alguna otra cosa? Especificar: _____			

**2.16 ¿Consultaron con alguien por esa diarrea?**

- Sí  (1)  
 No  (0) ▶ pasa a 2.18  
 NS/NR  (9) ▶ pasa a 2.18

**2.17 ¿Con quién consultaron?**

(No lea las opciones y consigne todas las respuestas)

- Agente Sanitario  (1)  
 Enfermera  (2)  
 Médico  (3)  
 Otra persona  (4)

Especificar: \_\_\_\_\_

**2.18 ¿Le siguió dando pecho mientras duró la diarrea?**

- Sí  (1)  
 No  (0)  
 No está amamantando  (2)  
 NS/NR  (9)

### 3 DESARROLLO DEL NIÑO/A

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre el desarrollo de su hijo/a. Muchas son para chicos más grandes, de tal manera que si su hijo/a no cumple algunas de ellas no debe ser motivo de preocupación

#### 3.1 Control de esfínteres diurno

Observe si el niño/a está sin pañales, y además, solicítele a los padres que relaten cómo controla esfínteres su hijo/a.

**Aprobado:** controla esfínteres durante el día, aunque moje su ropa interior una o dos veces por semana, cuando está muy ensimismado en sus juegos.

**Consignar No, cuando:** la ropa se mantiene seca porque los padres lo llevan a orinar en momentos determinados, sin que el niño/a lo pida, o si el niño/a está en la entrevista con pañales.

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

#### 3.2 Copia cruz

Ofrézcale al niño/a una hoja en blanco y un lápiz; muéstrelle el cartón con el dibujo de la cruz y pídale que copie una igual SIN nombrarle la figura NI demostrarle cómo se efectúan las líneas.

**Aprobado:** si una línea cruza a la otra en algún punto. **Consignar No:** si utiliza 2 o más líneas y ninguna cruza a la otra.

- Sí  (1)  
No  (0)  
No evaluable  (9)

#### 3.3 Reconoce 3 colores

Propóngale un juego mientras coloca frente al niño en hilera horizontal 4 cubos de distintos colores. A continuación, solicite que le entregue el cubo cuyo color Ud. nombra. Luego que el niño lo entrega vuélvalo a colocar en su lugar, SIN manifestarle si se equivocó o lo efectuó correctamente. A continuación, pídale otro color.

**Aprobado:** le entrega correctamente 3 de 4 colores.

- Sí  (1)  
No  (0)  
No evaluable  (9)

#### 3.4. Frases completas

Observe el lenguaje que utiliza el niño durante la entrevista. Si no lo logra, solicite a los padres que describan cómo se hace entender el niño.

**Aprobado:** Ud lo oye o los padres refieren que el niño habla utilizando frases completas. Ej.: "Dame la pelota grande".

- Sí  (1)  
No  (0)  
No evaluable  (9)

#### 3.5 Camina talón-punta

Ubíquese al costado del niño/a mirando en la misma dirección que él. Mientras le muestra cómo hacerlo, se le pide que sin sostenerse con las manos o cuerpo de ningún objeto, trate de caminar hacia delante de forma tal que el talón de uno de sus pies toque la punta del otro. Hasta 3 intentos.

**Aprobado:** da cinco pasos consecutivos hacia adelante, tal que la punta de uno de sus pies toque el talón del otro.

- Sí  (1)  
No  (0)  
No evaluable  (9)

#### 3.6 ¿Concorre ... a algún jardín o guardería?

Si concurre, consigne el nombre de institución

Sí  (1) Nombre de la Institución:

No  (0) ▶ pasa a 4.1

#### 3.7 ¿Cuántos días por semana concurre?

\_\_\_\_\_ días por semana

#### 3.8 ¿Cuántas horas por día concurre?

\_\_\_\_\_ horas por día

#### 3.9 ¿Recibe alimentación en la institución?

- Refrigerio  (1)  
Refrigerio + almuerzo  (2)  
Almuerzo  (3)  
No recibe  (0)

## 4 ALIMENTACIÓN

### 4.1 ¿Se sienta junto con...(nombre) en el momento de sus comidas?

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

### 4.2 ¿...(nombre) come acompañado/a?

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

### 4.3 ¿Le permite a ...(nombre) tomar la comida solo/a?

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

### 4.4 ¿Le da a ...(nombre) alimentos que puedan ser ingeridos con el uso de las manos?

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

### 4.5 ¿Comparte ...(nombre) la mesa familiar?

- Sí  (1)  
No  (0)  
NS/NR  (9)

### 4.6 Mientras ...(nombre) come, Ud., ¿mira televisión?

- Siempre  (1)  
Casi siempre  (2)  
Casi nunca  (3)  
Nunca  (0)

### 4.7 ¿Dónde obtiene frecuentemente el agua que utiliza para dar de beber al niño/a? (marque una sola opción)

- Agua de red dentro de la vivienda  (1)  
Canilla fuera de la vivienda  (2)  
Agua de perforación  (3)  
Agua embotellada  (4)  
Otros  (5)  
NS/NR  (9)

### 4.8 ¿Qué tratamiento le da al agua para beber? (marcar una sola opción)

- Ninguno  (1)  
La filtra  (2)  
La hierve  (3)  
Le agrega cloro  (4)  
Otro  (5) ¿Cuál?

\_\_\_\_\_ (especificar)

## 5 SUPLEMENTOS

### 5.1 ¿Toma ...(nombre) hierro actualmente?

- Sí  (1) Solicitar el envase para corroborar  
No  (0) ▶ pasa a 5.4  
NS/NR  (9) ▶ pasa a 5.4

### 5.2 ¿A qué edad comenzó a tomar hierro?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

### 5.3 ¿Cuántos días por semana le da hierro?

\_\_\_\_\_ días por semana  (NS/NR 99) ▶ pasa a 5.7

### 5.4 ¿Tomó hierro anteriormente?

- Si  (1)  
No  (0) ▶ pasa a 5.7  
NS/NR  (9) ▶ pasa a 5.7

### 5.5 ¿A qué edad comenzó a tomar hierro?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

### 5.6 ¿A qué edad dejó de darle hierro?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

### 5.7 ¿Toma ... (nombre) vitaminas actualmente?

- Sí  (1) Solicitar el envase para corroborar  
No  (0) ▶ pasa a 5.10  
NS/NR  (9) ▶ pasa a 5.10

### 5.8 ¿A qué edad comenzó a tomar vitaminas?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

### 5.9 ¿Cuántos días por semana le da vitaminas?

\_\_\_\_\_ días por semana  (NS/NR 99) ▶ pasa a 6

### 5.10 ¿Tomó vitaminas anteriormente?

- Si  (1)  
No  (0) ▶ pasa a 6  
NS/NR  (9) ▶ pasa a 6

### 5.11 ¿A qué edad comenzó a tomar vitaminas?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

### 5.12 ¿A qué edad dejó de darle vitaminas?

\_\_\_\_\_ meses  (NS/NR = 99)

## 6 ANTROPOMETRIA

**6.1** **Peso:** |\_\_|\_\_|, |\_\_|\_\_| Kg EL NIÑO/A DEBE PESARSE SIN ROPA

Pesado sin ropas:  Sí  No

Pesado con ropa: especificar: \_\_\_\_\_

**6.2a** **Longitud corporal:** |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| cm (hasta los 4 años medir acostado/a)

**6.2b** **Estatura:** |\_\_|\_\_|\_\_|, |\_\_| cm (desde los 4 años medir de pie)

**6.3** **Perímetro del brazo izquierdo:** |\_\_|\_\_|, |\_\_| cm

Niño/a colabora:  Sí  No











## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Esta es una encuesta que realiza el Ministerio de Salud de la Nación junto a la Provincia para conocer la situación nutricional de la población.

La información que la ENNyS provea sobre la situación nutricional servirá para procurar una mejor situación de salud y nutrición en los niños menores de 6 años.

Estos beneficios para la salud de todos justifican, en parte, las molestias que pueden ocasionar las visitas a los hogares.

La ENNyS ha sido revisada por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y cuenta con su aprobación.

Se garantizará el secreto estadístico y la confidencialidad exigidos por ley.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en responder a una serie de preguntas, pesar y medir al niño y tomar una pequeña muestra de sangre para saber si su hijo/a tiene anemia o deficiencia de vitamina A.

La extracción de sangre se realizará con material estéril descartable y sólo le producirá las molestias propias de un pinchazo.

Los resultados de los estudios tienen carácter confidencial. El equipo coordinador se compromete a informarle los resultados de los análisis y a indicarle dónde concurrir para recibir el tratamiento gratuito apropiado en caso de necesitarlo.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo \_\_\_\_\_, en mi carácter de madre / padre / tutor, habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, permitir la extracción de sangre de mi hijo/a para determinar exclusivamente si tiene anemia y/o deficiencia de vitamina A.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma