



ENNyS

Encuesta Nacional
de Nutrición y Salud

“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.”

4

Mujer de 10 a 49 años

Provincia				
Punto muestra				
Hogar				
Nro Orden Encuestada				(Transcribir del Socio Demográfico)
Encuestador				

Fecha de nacimiento de la encuestada:

día			mes			año					

1 ACTIVIDAD FÍSICA

- 1.1 ¿Qué actividad física y/o deportiva Ud. realiza en forma habitual?
¿Con qué frecuencia y duración?

Actividad o deporte	Frecuencia (veces / semana)	Duración (tiempo por vez)

- 1.2 ¿Qué ocupación habitual realiza?
¿Con qué frecuencia y duración?

Ocupación	Frecuencia (veces / semana)	Duración (tiempo por vez)

2 TABAQUISMO

- 2.1. ¿Ha fumado Ud. alguna vez? (Al menos 5 paquetes de 20 cigarrillos a lo largo de su vida).

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

- 2.2 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar diariamente?

|_|_| años
NS/NR (99)

- 2.3 ¿Cuántos cigarrillos por día fuma actualmente?

Sí |_|_|_| (N° de cigarrillos por día)
▶ pase a 3.1
No (0) "Dejé de fumar"

- 2.4 ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que dejó de fumar?

|_|_|_| meses
NS/NR (999)

3 CONSUMO DE ALCOHOL

- 3.1 Durante el pasado mes, ¿cuántos días a la semana o al mes, en promedio, ingirió por lo menos una lata de cerveza, vaso de vino o vermouth, o medida de ron, whisky, vodka, licores u otra bebida alcohólica similar?

|_|_| Días por semana
|_|_|_| Días por mes
No (0) ▶ pase a 4.1
NS/NR (99) ▶ pase a 4.1

- 3.2 ¿Aproximadamente, cuántas latas, vasos o medidas ingirió, en promedio, los días en que tomó alcohol?

|_|_|_| N° de medidas:
NS/NR (999)

- 3.3 Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿Cuántas veces, durante el pasado mes, ingirió más de cinco latas, vasos o medidas en una ocasión?

|_|_|_| N° de veces
NS/NR (999)

4 SUPLEMENTOS DIETARIOS

- 4.1 ¿Está tomando actualmente hierro, vitaminas o algún suplemento dietario?

Sí (1) Solicitar envase para corroborar
No (0) pasa a 5.1
NS/NR (9) pasa a 5.1

- 4.2 ¿Cuántas veces por semana toma algún suplemento?

|_|_|_|.Veces por semana.
NS/NR (99)

5 CONDICIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

Nota para el encuestador: Debe lograr la mayor privacidad a fin de obtener respuestas fidedignas por parte de la encuestada

5.1 ¿Ha/has tenido tu primer periodo menstrual?

- Sí (1)
No (0) ▶ pase a 9 Antropometría
NC (9) ▶ pase a 9 Antropometría

5.2 ¿Ha/has tenido tu primera relación sexual?

- Sí (1)
No (0) ▶ pase a 9 Antropometría
NC (9) ▶ pase a 9 Antropometría

6 FECUNDIDAD

Ahora quiero preguntarle sobre los embarazos y partos que usted ha tenido durante toda su vida hasta la fecha.

6.1 ¿Ha estado usted embarazada alguna vez?

- Sí (1)
No (0) ▶ pasa a 7 Anticoncepción
NS/NR (9) ▶ pasa a 7 Anticoncepción

6.2 ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

_____ veces

6.3 ¿Tuvo usted algún embarazo que terminó antes de completar el sexto mes?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

6.4 ¿Tuvo algún hijo o hija que haya nacido muerto después de completar el sexto mes de embarazo (mortinato)?

¿Cuántos? _____ (si responde Ninguno consignar 0)
NS/NR (99)

6.5 ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido?

_____ hijos/as (si responde Ninguno consignar 0)
NS/NR (99)
Si responde NS o Ninguno ▶ pasa a 7 Anticoncepción

6.6 ¿Ha tenido usted hijos o hijas que hayan nacido vivos y que murieron, aunque sólo hayan vivido poco tiempo?

- Sí (1)
No (0) ▶ pasa a 6.9
NS/NR (9) ▶ pasa a 6.9

6.7 Cuántos: _____ (independientemente de la edad al morir)

NS/NR (99) ▶ pasa a 6.9

6.8 ¿Cuántos murieron antes de cumplir el primer año?

_____ hijos/as NS/NR (99)

6.9 ¿Cuántos de sus hijos/as que nacieron vivos pesaron menos de 2500 gramos?

_____ hijos/as NS/NR (99)

6.10 ¿Cuántos de sus hijos viven actualmente?

_____ hijos/as NS/NR (99)
Si responde NS o Ninguno ▶ pasa a 7 Anticoncepción

6.11 ¿Cuántos tienen menos de tres años?

_____ hijos/as NS/NR (99)
Si responde NS o Ninguno ▶ pasa a 7 Anticoncepción

Ahora le voy a preguntar por su último hijo/a nacido vivo en los últimos 3 años:

6.12 ¿Cuándo nació ... (nombre)?

____/____/____ (Fecha de nacimiento).
dd mm aaaa

6.13 ¿Tuvo algún control prenatal cuando estaba embarazada de ... (nombre)?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

6.14 ¿Tiene Ud. el carné perinatal o libreta sanitaria? ¿Podría mostrármelo?

- Sí (lo muestra) (1)
No existe / no muestra registro (0)

Nota: En caso de existir registro (Carné Perinatal o Libreta Sanitaria) y mostrarlo, las respuestas a las preguntas 6.15 a 6.20 se consignan a partir del registro mencionado. En caso contrario, se consigna lo referido por la madre

Pregunta	Carné perinatal	Referencia materna	NS/NR
6.15 ¿Cuántos tiempo de embarazo tenía cuando le hicieron el primer control?	_____ semanas	_____ meses ó _____ semanas	(99) <input type="checkbox"/>
6.16 En total, ¿Cuántos controles tuvo durante el embarazo?	_____ controles	_____ controles	(99) <input type="checkbox"/>
6.17 Durante este embarazo, ¿La vacunaron contra el tétanos?	Sí <input type="checkbox"/> (1) N° de dosis____ No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9) (en los últimos 5 años)	Sí <input type="checkbox"/> (1) N° de dosis____ No <input type="checkbox"/> (0) Previa <input type="checkbox"/> (9)	(99) <input type="checkbox"/>
6.18 ¿Cuánto aumentó Ud. de peso durante el embarazo?	_____ kg 1° control _____ kg último control _____ EG último control	_____ kg 1° control _____ kg último control _____ EG último control	(999) <input type="checkbox"/>
6.19 ¿En qué lugar tuvo el parto de ... (nombre)?	Establecimiento público <input type="checkbox"/> (1) Establecimiento de obra social <input type="checkbox"/> (2) Establecimiento privado <input type="checkbox"/> (3) Otros <input type="checkbox"/> (4) (especificar)_____	Establecimiento público <input type="checkbox"/> (1) Establecimiento de obra social <input type="checkbox"/> (2) Establecimiento privado <input type="checkbox"/> (3) Otros <input type="checkbox"/> (4) (especificar)_____	(9) <input type="checkbox"/>
6.20 El parto de ... (nombre) ¿fue normal (vaginal) o por cesárea?	Vaginal <input type="checkbox"/> (1) Cesárea <input type="checkbox"/> (2)	Vaginal <input type="checkbox"/> (1) Cesárea <input type="checkbox"/> (2)	(9) <input type="checkbox"/>

6.21 ¿Tomó hierro durante el embarazo?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

6.22 ¿Tomó vitaminas durante el embarazo?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

7 ANTICONCEPCIÓN

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de la planificación familiar: es decir de las formas con las que las mujeres o sus maridos/compañeros pueden evitar un embarazo.

¿Qué métodos anticonceptivos....
(No lea las opciones a la encuestada)

METODO	7.1...conoce o ha oído mencionar? (Respuesta múltiple)	7.2...alguna vez ha usado? (Respuesta múltiple)	7.3...fue el primero que usó? (Marque sólo 1)
0) Ninguno *			
1) Píldoras o pastillas anticonceptivas			
2) DIU, espiral o T de cobre			
3) Preservativo o condón			
4) Diafragma			
5) Inyección			
6) Métodos vaginales (espumas, jaleas)			
7) Esterilización femenina			
8) Método de Billings			
9) Ritmo			
10) Retiro (él se retira)			
11) Vasectomía			
12) Yuyos o hierbas			
13) Otros (especificar) _____			

* Sí contesta que no conoce ningún método anticonceptivo, pasa a 7.16

* Sí contesta que no utilizó ningún método anticonceptivo, pasa a 7.15

7.4 ¿Cuántos años tenía Ud. cuando comenzó/comenzaron a usar métodos anticonceptivos?

_____años.

NS/NR (99)

7.5 ¿Ya había estado embarazada cuando comenzó a utilizar el primer método?

Sí (1)

No (0) pasa a 7.7

NS/NR (9) pasa a 7.7

7.6 ¿Cuántos hijos había tenido cuando comenzó a utilizar métodos anticonceptivos?

NS/NR (99)

CONDICION DE USO

7.7 ¿Actualmente Ud. o su pareja se cuidan para no quedar embarazada??

Sí (1)

No (0) pasa a 7.16

NS/NR (9) pasa a 7.17

PARA LAS USUARIAS ACTUALES
(No lea las opciones a la encuestada)

METODO	7.8 ¿Cuál es el método que utiliza principalmente? (Marque sólo una)	7.9 Además ¿Utiliza otro método? (Marque sólo una)
(0) Ninguno *		
(1) Píldoras o pastillas anticonceptivas		
(2) DIU, espiral o T de cobre		
(3) Preservativo o condón		
(4) Diafragma		
(5) Inyección		
(6) Métodos vaginales (espumas, jaleas)		
(7) Esterilización femenina		
(8) Método de Billings		
(9) Ritmo		
(10) Retiro (él se retira)		
(11) Vasectomía		
(12) Yuyos o hierbas		
(13) Otros (especificar) _____		
(14) Según disponibilidad		
(99) NS/NR		

7.10 ¿Quién tomó la decisión acerca del método que usa?
(Referido al método definido como principal)

Usted con su pareja (1)
 Usted sola (2)
 Su pareja sola (3)
 El médico (4)
 Otros (5)
 ¿Quién? _____
 NS/NR (9)

7.11 ¿Cual fue el motivo principal por el que eligió/eligieron este método?

Porque es más efectivo (1)
 Porque no daña la salud (2)
 Porque es más barato o gratuito (3)
 Porque es lo único que consiguió (4)
 Porque se lo indicó el médico (5)
 Otro (6)
 ¿Cuál? _____
 NS/NR (9)

7.12 ¿Dónde recibió información sobre cómo cuidarse? (según orden definido en 7.8 y 7.9)

	1er.Método	2do.Método	Pasa a
(1) Hospital público			▶ 7.14
(2) Centro de Salud / Salita			▶ 7.14
(3) Servicios de la Obra Social			▶ 7.14
(4) Consultorio privado			▶ 7.14
(5) Esposo / compañero			▶ 7.13
(6) Amiga / vecina / pariente			▶ 7.13
(7) Colegio / escuela / universidad			▶ 7.13
(8) Otros (especificar)			▶ 7.13
(9) NS/NR			▶ 7.13

7.13 En el Servicio de Salud al que Ud. concurre, ¿Dan información sobre anticoncepción?

Sí (1)
 No (0)
 No concurre al centro de salud (2)
 NS/NR (9)

7.14. ¿Dónde obtuvo el método anticonceptivo que está utilizando actualmente?

- Hospital público (1)
- Centro de Salud público (2)
- Servicios de Obra Social (3)
- Consultorio privado (4)
- Farmacia (5)
- Kiosco (6)
- Amiga / vecina / pariente/compañero (7)
- Otros (especificar) (8)

- NS/NR (9)

7.15. ¿Lo obtuvo en forma gratuita?

- Sí (1) ▶ pasa a 7.19
- No (0) ▶ pasa a 7.19
- NS/NR (9) ▶ pasa a 7.19

PARA LAS QUE NO UTILIZAN MÉTODOS ACTUALMENTE

7.16. ¿Por qué no está usando algún método para evitar quedar embarazada? (respuesta múltiple)

- Desea embarazo (1)
- Posparto o amamantamiento (2)
- Sin relaciones sexuales (3)
- No aceptación de la pareja (4)
- Miedo a que le hagan daño (5)
- Le hicieron daño (6)
- No tiene dinero para comprar (7)
- Falta de conocimiento de métodos (8)
- Razones religiosas (9)
- Menopausia (10)
- Otras razones (especificar) (11)

NS/NR (9)

7.17. ¿Piensa usar algún método en el futuro?

- Sí (1)
- No (0)
- NS/NR (9)

7.18. ¿Dónde iría para conseguir métodos anticonceptivos?

- Hospital público (1)
- Centro de Salud Público (2)
- Servicios de Obra Social (3)
- Consultorio privado (4)
- Farmacia (5)
- Kiosco (6)
- Amiga / vecina / pariente / compañero (7)
- Otros (especificar) (8)

- NS/NR (9)

7.19. Para Ud., ¿Cuál sería el número ideal de hijos?

- ___ hijos
- (NS/NR 99)

8. MORBILIDAD REPRODUCTIVA

8.1. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba de Papanicolau / colposcopia?

Marcar las opciones que corresponda/n

	Sí	No	NS/NR
8.1.1 PAP	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)
8.1.2 Colposcopia	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (9)

Si ambas respuestas son negativas pase a 8.4

8.2. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron el PAP/Colpo?

- Año |__|__|__|__|
- NS/NR 9999

8.3. ¿Dónde le realizaron el último PAP/colposcopia?

	8.3.1 PAP	8.3.2 Colpo
Centro de Salud público	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)
Hospital Público	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (2)
Establecimiento de Obra Social	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (3)
Establecimiento / consultorio privado	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (4)
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (5)

No sabe / no recuerda	<input type="checkbox"/> (9)	<input type="checkbox"/> (9)

8.4 ¿En el último año algún médico durante el control le ha examinado las mamas o le ha realizado una mamografía?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

8.5 ¿Alguna vez alguien le explicó cómo realizar el auto-examen de mamas? ¿Quién?

- Profesional de la salud
(médico, enfermera, etc) (1)
Libro, revista folleto (2)
En el colegio / escuela /
universidad (3)
Televisión (4)
Nadie (0)
NS/NR (9)

8.6 ¿Lo practica regularmente (al menos una vez al mes)?

- Sí (1)
No (0)
NS/NR (9)

Consignar si se logró resguardar la privacidad para obtener las respuestas de los ítems 5 a 8 inclusive

- Sí (1)
No (0)

Consignar quién estuvo presente

9 PRESION ARTERIAL Y ANTROPOMETRIA

Presión arterial del brazo derecho

Primera medición

Segunda Medición

SOLAMENTE EN 15 Y MAS AÑOS

9.1 Máx: |_|_|_|_| mmHg

9.3 Máx: |_|_|_|_| mmHg

9.2 Mín: |_|_|_|_| mmHg

9.4 Mín: |_|_|_|_| mmHg

9.5 Peso: |_|_|_|_|,|_|_| Kg (DEBE PESARSE SIN ROPA Y SIN CALZADO) Pesada sin ropas: Sí No

Pesada con ropa: especificar: _____

9.6 Talla: |_|_|_|_|,|_| cm

9.7 Perimetro abdominal: |_|_|_|_|,|_| cm

SOLAMENTE EN 15 Y MAS AÑOS

¿Comió abundantemente en la hora previa?

- Sí
No

9.8 Perímetro del brazo izquierdo: |_|_|_|,|_| cm

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

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, las mujeres de 10 a 49 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, ser pesada y medida, determinar su presión arterial y tomar una pequeña muestra de sangre para saber si tiene anemia, deficiencia de folatos y vitamina B12 o colesterol elevado, según la edad de las personas. 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 _____, habiendo sido informada y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, permitir la extracción de sangre para determinar exclusivamente si tiene anemia, folatos, vitamina B12 y colesterol.

Fecha:

Firma