

Situación alimentaria y nutricional de la Ciudad de Buenos Aires

Cuestionario de la madre y el niño de 0 a 6 meses

Comuna Lote Encuesta Hogar N°
Calle Nro. Piso Dpto. Hab. Torre/
Cuerpo

Encuestador Nombre y apellido Código
Recepcionista Nombre y apellido Código
Supervisor Nombre y apellido Código

Visitas de encuestador

	fecha	hora		fecha	hora
1ra			4ta		
2da			5ta		
3ra			6ta		

Rechazo/incompleto

- 1 Se niega a seguir respondiendo
- 2 Se niega a contestar Recordatorio alimentario de 24 horas
- 3 El Recordatorio alimentario de 24 horas está incompleto
- 4 La guardería o jardín se niegan a completar el Recordatorio alimentario de 24 horas
- 5 La madre se niega a la medición antropométrica del niño
- 6 La madre se niega a su medición antropométrica
- 7 Otros (especificar)

Observaciones _____

1 Antecedentes del control del embarazo

Vamos a comenzar con algunas preguntas de cuando usted estuvo embarazada de _____ (mencione el nombre del niño/a)

- 1.1** Antes de quedar embarazada ¿Realizó alguna consulta médica para prepararse para el embarazo? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.2** ¿Cuánto pesaba Ud. al comenzar el embarazo? (E-S)
- Kilogramos
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.3** ¿Cuántos kilos aumentó durante el embarazo? (E-S)
- Kilogramos
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.4** ¿Ha recibido alguna información sobre la importancia de los controles en el embarazo? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐
- A pregunta 1.6

- 1.5** ¿Quién le ha brindado esa información? (E-M)
- 1 Me enseñaron en el colegio ☐
- 2 Me informó un médico ☐
- 3 Me informó otro profesional de la salud..... ☐
- 4 Me informó un familiar/ un vecino/un amigo ☐
- 5 A través de los medios de comunicación (TV, diario, revista)..... ☐
- 6 Yo misma busqué información en libros, revistas, Internet..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.6** ¿Durante el embarazo le realizaron algún control? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐
- A pregunta 1.15

- 1.7** ¿Cuánto tiempo de embarazo llevaba cuando realizó el primer control? (E-S)
- semanas
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.8** En total, ¿cuántos controles ha realizado durante el embarazo? (E-S)
- controles
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 1.9** ¿Dónde realizó principalmente los controles durante el embarazo? (G-S)
- 1 Hospital público..... ☐
- 2 Centro de salud ☐
- 3 Establecimiento o consultorio privado..... ☐
- 4 Centro médico barrial (CMB)..... ☐
- 5 Unidad sanitaria descentralizada (UNSAO)..... ☐
- 6 Otro (especificar) .. ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

<p>1.10 Durante el embarazo ¿le realizaron alguno de los siguientes controles? (G-S)</p>	<p>1 La pesaron</p> <p>2 Le tomaron la tensión arterial</p> <p>3 La vacunaron contra el tétanos.....</p> <p>4 Le hicieron análisis de sangre.....</p> <p>5 Le hicieron al menos una ecografía</p> <p>6 Le midieron la altura uterina</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p> <p>1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No.. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc.... <input type="checkbox"/></p>
<p>1.11 ¿Algún profesional de la salud le explicó los síntomas de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>1.12 Durante el embarazo ¿le indicaron suplemento de hierro? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 1.14</p>
<p>1.13 ¿Lo tomó?</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>1.14 Durante el embarazo ¿le indicaron suplemento de ácido fólico? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 1.16</p>
<p>1.15 ¿Lo tomó?</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>1.16 ¿Le han diagnosticado anemia durante el embarazo? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 1.18</p>
<p>1.17 ¿En qué momento fue? (G-S)</p>	<p>1 Primer trimestre..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 Segundo trimestre..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Tercer trimestre..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>1.18 ¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No..... <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 1.20</p>
<p>1.19 ¿Cuál? (G-M)</p>	<p>1 Presión alta <input type="checkbox"/></p> <p>2 Edemas (que requirió reposo)..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Traumatismos <input type="checkbox"/></p> <p>4 Infecciones (fiebre mayor a 38 °C)..... <input type="checkbox"/></p> <p>5 Otras (especificar) _____ <input type="checkbox"/></p>	

1.20 ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el de _____? <i>(mencione el nombre del niño/a)</i> (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
---	---

3.3 ¿Cuántos cigarrillos por día fumó durante el embarazo? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> cigarrillos por día	
3.4 ¿Durante el embarazo, alguna persona fumaba en su casa o en su trabajo (en un lugar cerrado) mientras Ud. estaba cerca? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
4 Tabaquismo durante la lactancia		
4.1 ¿Ha fumado durante el período de lactancia? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 5.1
4.2 ¿Cuántos cigarrillos por día ha fumado durante la lactancia? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> cigarrillos por día	
5 Consumo de alcohol durante el embarazo		
5.1 Consumió alcohol durante el embarazo? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 6.1
5.2 ¿Con qué frecuencia? (G-S)	1 Menos de 1 vez por semana..... <input type="checkbox"/> 2 1 ó 2 veces por semana..... <input type="checkbox"/> 3 3 a 6 veces por semana..... <input type="checkbox"/> 4 Todos los días..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
5.3 Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿Cuántas veces, durante el embarazo, ingirió más de cinco latas, vasos o medidas en una sola ocasión? (E-S)	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div> N° de veces 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
5.4 Con respecto a los meses anteriores a quedarse embarazada Ud diría que durante el embarazo... (G-S)	1 tomó más cantidad de bebidas alcohólicas que antes?..... <input type="checkbox"/> 2 tomó igual cantidad?..... <input type="checkbox"/> 3 tomó menos cantidad?..... <input type="checkbox"/> 4 dejó de tomar alcohol por el embarazo?.... <input type="checkbox"/>	
6 Consumo de alcohol durante la lactancia		
6.1 Consume o Consumió alcohol durante la lactancia? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 7.1

- 6.2** ¿Con qué frecuencia? (G-S)
- 1 Menos de 1 vez por semana..... ☐
- 2 1 ó 2 veces por semana..... ☐
- 3 3 a 6 veces por semana ☐
- 4 Todos los días ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 6.3** Tomando en consideración bebidas alcohólicas de todo tipo: ¿Cuántas veces, durante la lactancia, ingirió más de cinco latas, vasos o medidas en una sola ocasión? (E-S)
- N° de veces
- 9 Ns/Nc..... ☐

- 6.4** Con respecto a los meses anteriores a quedarse embarazada Ud diría que durante la lactancia... (G-S)
- 1 toma o tomó más cantidad de bebidas alcohólicas que antes?..... ☐
- 2 toma o tomó igual cantidad?..... ☐
- 3 toma o tomó menos cantidad?..... ☐
- 4 dejó de tomar alcohol por la lactancia?..... ☐

7 Consumo de drogas durante el embarazo

- 7.1** ¿Consumió drogas durante el embarazo? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐
- A pregunta 8.1

- 7.2** Con respecto a los meses anteriores a quedarse embarazada Ud diría que durante el embarazo... (G-S)
- 1 consumió más cantidad de droga?..... ☐
- 2 consumió igual cantidad?..... ☐
- 3 consumió menos cantidad?..... ☐
- 4 dejó de consumir droga por el embarazo?..... ☐

8 Consumo de drogas durante la lactancia

- 8.1** Consume o consumió drogas durante la lactancia? (E-S)
- 1 Sí..... ☐
- 2 No..... ☐
- 9 Ns/Nc..... ☐

9 Fuentes de información

Ahora le voy a consultar si recibió información con respecto a la importancia de algunos cuidados en el embarazo y en caso de recibirla, me dirá quién se la dio. (Complete con el número de la opción)

9.1	¿Recibió información sobre la importancia de.....? (E-S)		¿Quién le brindó la "mejor" información 1 Un médico 2 Otro Integrante del equipo de salud (enfermera, partera, nutricionista) 3 Un familiar o vecino 4 Medios de comunicación 5 La escuela/institución educativa (G-S)
1	Evitar el cigarrillo en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
2	Evitar el alcohol en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
3	Evitar las drogas en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
4	Consumir una alimentación saludable en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
5	Reconocer los signos de alarma ante los cuales se debe consultar al médico en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	
6	Hacer actividad física moderada en el embarazo	1 Sí. <input type="checkbox"/> 2 No. <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc <input type="checkbox"/>	

10 Recordatorio alimentario de 24 hs. de la madre

10.1 El tipo de alimentación realizada ayer... (G-S)

1 Fue como la de cualquier otro día..... ☐

2 Fue diferente de la habitual porque:

1 estuvo enfermo ☐

2 a dieta ☐

3 día festivo..... ☐

10.2 El día de ayer fue...

1 Día de semana ☐

2 Fin de semana ☐

3 Feriado ☐

10.3 Consigne todos los alimentos, preparaciones, bebidas, golosinas, snacks, etc, consumidos en el día anterior. En caso de alimentos que no fueron adquiridos por el hogar, consigne el origen del alimento (programa social, recolección urbana). Consigne también suplementos de minerales y vitaminas, dosis diaria y momento. (G-M)

[illegible]

10.4 Recordatorio alimentario de 24 hs. de la madre

[illegible]

11 valoración antropométrica de la madre

11.1 Peso Kgs.

11.2 Talla Cms.

11.3 IMC

12 Niños/as de 0 a 6 meses

Comenzaremos ahora a realizar preguntas sobre su hijo/a _____ (mencione el nombre del niño/a)

12.1 ¿Dónde fue el parto de _____? (E-S)

- 1 Hospital público de la CABA..... ☐
 2 Centro privado o de seguridad social ☐
 3 En el hogar..... ☐
 4 Otro (especificar) _____ .. ☐

12.2Cuál fue el peso del niño al nacer? (E-S)

gramos

9 Ns/Nc..... ☐

12.3 ¿Fue registrado el peso al nacer de _____ en libreta sanitaria o registro similar? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

12.4 ¿Cuál fue la edad gestacional al nacer en semanas? (E-S)

semanas

9 Ns/Nc..... ☐

12.5 ¿Nació en término? (E-S)
(según la referencia del encuestado)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

12.6 Nació por... (E-S)

- 1 Parto natural..... ☐
 2 Cesárea..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

12.7 ¿Presentó el niño alguna complicación al nacer? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 12.9

12.8 ¿Qué tipo de complicación presentó? (G-M)

- 1 Dificultad respiratoria..... ☐
 2 Asfixia ☐
 3 Malformaciones congénitas quirúrgicas..... ☐
 4 Infecciones ☐
 5 Prematuro "en engorde"..... ☐
 6 Otra (especificar) _____ .. ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

12.9 ¿Cuántas veces concurrió al pediatra para que le efectúen controles estando sano? (E-S)

N° de controles

9 Ns/Nc..... ☐

12.10 ¿La mayoría de los controles los realizó en ... (G-S)

1 Hospital público? ☐

2 Centro de salud? ☐

3 Establecimiento o consultorio privado? ☐

4 Centro médico barrial (CMB)? ☐

5 Unidad sanitaria descentralizada (UNSAID)? ☐

6 Otro (especificar) .. ☐

9 Ns/Nc..... ☐

12.11 ¿Cada cuántos meses cree Ud. que debería llevar a su hijo a control con el pediatra estando sano? (G-S)

1 Todos los meses ☐

2 Cada 2 meses ☐

3 Cada 3 o 4 meses ☐

4 1 o 2 veces por año ☐

5 Solo debo llevarlo cuando está enfermo ☐

→ A pregunta 12.13

12.12 ¿Quién le informó a Ud. sobre la importancia de llevar al niño al pediatra aún estando sano? (E-S)

1 Un médico ☐

2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc) ☐

3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario)..... ☐

4 Un familiar o un vecino ☐

5 Un farmacéutico ☐

6 Yo misma busqué información ☐

7 Nadie me dijo que fuera importante ☐

12.13 ¿Ha estado _____ internado alguna vez? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No ☐

9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 12.15

12.14 ¿Por qué motivo fue internado? (G-M)
(Marque con una x)
(consigne también la cantidad de veces)

		Cantidad de Veces
1	Infección respiratoria <input type="checkbox"/>	
2	Otra infección <input type="checkbox"/>	
3	Infección gastrointestinal <input type="checkbox"/>	
4	Mal progreso de peso <input type="checkbox"/>	
5	Accidente <input type="checkbox"/>	
6	Otro <input type="checkbox"/>	

12.15 ¿Alguna vez le indicaron que cuidados deben tenerse cuando el niño tiene diarrea? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No ☐

9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 12.17

12.16 ¿Quién le dio información sobre los cuidados durante la diarrea? (E-S)

- 1 Un médico ☐
2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
4 Un familiar o un vecino ☐
5 Un farmacéutico ☐

12.17 ¿Alguna vez le indicaron qué cuidados deben tenerse cuando el niño tiene infección respiratoria alta? Por ej. Bronquiolitis/neumonía (E-S)

- 1 Sí..... ☐
2 No ☐
9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 12.19

12.18 ¿Quién le dio información sobre los cuidados durante una infección respiratoria alta, por ej. Bronquiolitis/neumonía? (E-S)

- 1 Un médico ☐
2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
4 Un familiar o un vecino ☐
5 Un farmacéutico ☐

12.19 ¿Alguna vez algún profesional de la salud le dijo que su hijo pesaba muy poco o que su progreso de peso no era el adecuado? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
2 No ☐
9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 13.1

12.20 ¿A qué edad se lo diagnosticaron? (E-S)

- meses
9 Ns/Nc..... ☐

12.21 ¿Realizó algún tratamiento para recuperar el peso? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
2 No ☐
9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 13.1

12.22 ¿Dónde realizó principalmente los controles para la recuperación del peso? (G-S)

- 1 Hospital Público ☐
2 Centro de salud ☐
3 Establecimiento o consultorio privado..... ☐
4 Centro médico barrial (CMB) ☐
5 Unidad sanitaria descentralizada (UNSA) ☐
6 Otro (especificar) .. ☐
9 Ns/Nc..... ☐

12.23 ¿Continúa en tratamiento para la recuperación del peso? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
2 No ☐
9 Ns/Nc..... ☐

13 Lactancia materna y alimentación complementaria

13.1 ¿Tomó _____ (nombre) pecho alguna vez? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 13.5

13.2 ¿Recibe pecho en la actualidad? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 13.5

13.3 ¿A qué edad dejó de alimentarlo a pecho? (E-S)

_____ meses

9 Ns/Nc..... ☐

13.4 ¿Por qué motivo no amamantó, o dejó de darle el pecho a su hijo? (G-S)

1 Me quedé sin leche ☐

2 El/la bebé no aumentaba de peso ☐

3 Tuve que salir a trabajar ☐

4 Me lo indicó el médico ☐

5 Me aconsejaron (familiar/amiga/vecina) que debía dejar ☐

6 Quedé embarazada ☐

7 Me enfermé ☐

8 El/la bebé se enfermó ☐

9 Es la edad a la que dejó el anterior ☐

10 Es adoptado/a ☐

11 Otros (especificar) _____ ☐

→ A pregunta 13.9

13.5 ¿Prendió a _____ (nombre) al pecho durante la primera hora después de su nacimiento? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

9 Ns/Nc..... ☐

13.6 ¿Alguien le ayudó a prender a _____ (mencione el nombre del niño/a) al pecho, o le aconsejó sobre la mejor manera de hacerlo? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 13.8

13.7 ¿Quién lo ayudó? (G-S)

1 Médico ☐

2 Enfermera..... ☐

3 Puericultora..... ☐

4 Familiar ☐

5 Otros (especificar) _____ .. ☐

13.8 ¿Estuvo el niño separado de Ud. por más de 6 horas el día que nació? (E-S)

1 Sí..... ☐

2 No..... ☐

9 Ns/Nc..... ☐

13.9 ¿Le ofreció a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos (agua, té, jugos) aparte de la leche? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 13.14 </div>
13.10 ¿A que edad le ofreció a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos (agua, té, jugos) aparte de la leche? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>meses</div> </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
13.11 ¿Quién le dio la indicación de que le diera a _____ (mencione el nombre del niño/a) otros líquidos? (G-S)	1 Un médico <input type="checkbox"/> 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/> 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/> 4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/> 5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/>	
13.12 ¿Dónde obtiene habitualmente el agua que utiliza para dar de beber al niño/a? (G-S)	1 Agua de red dentro de la vivienda <input type="checkbox"/> 2 Canilla fuera de la vivienda..... <input type="checkbox"/> 3 Agua de perforación <input type="checkbox"/> 4 Agua embotellada..... <input type="checkbox"/> 5 Otros (especificar) _____ .. <input type="checkbox"/>	
13.13 ¿Qué tratamiento le da al agua para beber? (G-S)	1 Ninguno <input type="checkbox"/> 2 La filtra <input type="checkbox"/> 3 La hierve <input type="checkbox"/> 4 Le agrega cloro <input type="checkbox"/> 5 Otro ¿cuál? (especificar) _____ <input type="checkbox"/>	
13.14 ¿Toma _____ (mencione el nombre del niño/a) otra leche que no sea la leche materna? (E-S)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	<div style="border-left: 2px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> → A pregunta 13.18 </div>
13.15 ¿A qué edad le ofreció a _____ _____ otra leche que no sea la leche materna? (E-S)	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>meses</div> </div> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
13.16 ¿Qué otra leche le ofreció al niño que no fuera la materna? (G-M)	1 Fórmula infantil preparada a partir de polvo <input type="checkbox"/> 2 Fórmula infantil líquida (en tetrabrick, cajita)..... <input type="checkbox"/> 3 Leche del plan materno infantil..... <input type="checkbox"/> 4 Leche de vaca con hierro..... <input type="checkbox"/> 5 Leche de vaca..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	

<p>13.17 ¿Quién le dió la indicación de que le diera a _____ (mencione el nombre del niño/a) otra leche? (G-S)</p>	<p>1 Un médico <input type="checkbox"/></p> <p>2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/></p> <p>4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/></p> <p>5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/></p> <p>6 Lo decidí yo sola <input type="checkbox"/></p>	
<p>13.18 ¿Le ha dado al niño algún alimento? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 13.21</p>
<p>13.19 A qué edad le dio el primer alimento? (E-S)</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> meses</p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>13.20 ¿Quién se lo indicó? (G-S)</p>	<p>1 Un médico <input type="checkbox"/></p> <p>2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/></p> <p>4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/></p> <p>5 Lo decidí yo sola <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	
<p>13.21 ¿Recibió información sobre la importancia de darle el pecho al bebé en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad? (E-S)</p>	<p>1 Sí..... <input type="checkbox"/></p> <p>2 No <input type="checkbox"/></p> <p>9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/></p>	<p>→ A pregunta 14.1</p>
<p>13.22 ¿Cuándo recibió ésa información? (G-S)</p>	<p>1 Antes del embarazo <input type="checkbox"/></p> <p>2 Durante el embarazo..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Después del parto <input type="checkbox"/></p>	
<p>13.23 ¿Quién le brindó información sobre la importancia de darle el pecho al bebé en forma exclusiva hasta los 6 meses? (G-S)</p>	<p>1 Un médico <input type="checkbox"/></p> <p>2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... <input type="checkbox"/></p> <p>3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) <input type="checkbox"/></p> <p>4 Un familiar o un vecino <input type="checkbox"/></p> <p>5 Un farmacéutico <input type="checkbox"/></p>	

14 Consumo de suplementos

14.1 Recibe o recibió el niño algún suplemento de minerales o vitaminas? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 14.3

14.2 A qué edad comenzó y finalizó la administración del suplemento y con qué frecuencia semanal se administró? (G-S)

Colocar el nombre comercial del suplemento

	Nombre comercial del suplemento	Edad de inicio	Edad de finalización	Días por semana
1	Hierro			
2	Vitaminas			
3	Otros minerales			

14.3 ¿Alguna vez alguien le explicó cuál es la importancia de darle el suplemento de hierro para prevenir la anemia? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 15.1

14.4 ¿Quien le informó sobre la importancia de darle al niño el suplemento de hierro? (G-S)

- 1 Un médico ☐
 2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc)..... ☐
 3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario) ☐
 4 Un familiar o un vecino ☐
 5 Un farmacéutico ☐
 6 Nadie me dijo que fuera importante ☐

15 Cuidado del niño

15.1 Concorre el niño a la guardería o jardín maternal? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

→ A pregunta 15.7

15.2 ¿La guardería o jardín maternal a la que concurre es... (G-S)

- 1 privada? ☐
 2 estatal? ☐
 3 de una organización vecinal, iglesia, etc? ☐
 4 la guardería de mi trabajo? ☐
 5 Otros..... ☐

15.3 ¿Tuvo alguna dificultad para obtener la vacante e inscribir a su hijo? (E-S)

- 1 Sí..... ☐
 2 No..... ☐
 9 Ns/Nc..... ☐

15.4 ¿Cuántas horas pasa el niño en la guardería o jardín maternal? (E-S)

- horas diarias
 9 Ns/Nc..... ☐

15.5 ¿Qué tipo de leche recibe el niño en la guardería o jardín maternal? (G-S)	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Materna</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 Fórmula infantil.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Leche de vaca.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Otras.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Ns/Nc.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1 Materna	<input type="checkbox"/>	2 Fórmula infantil.....	<input type="checkbox"/>	3 Leche de vaca.....	<input type="checkbox"/>	4 Otras.....	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>		
1 Materna	<input type="checkbox"/>												
2 Fórmula infantil.....	<input type="checkbox"/>												
3 Leche de vaca.....	<input type="checkbox"/>												
4 Otras.....	<input type="checkbox"/>												
9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>												
15.6 ¿Cuántas horas está Ud. (la madre) fuera del hogar habitualmente (por trabajo u otras actividades) (E-S)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; text-align: center;"> </td> <td>horas diarias</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">9 Ns/Nc.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			horas diarias	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc.....			<input type="checkbox"/>				
		horas diarias	<input type="checkbox"/>										
9 Ns/Nc.....			<input type="checkbox"/>										
15.7 Cuando Ud. <u>no</u> está al cuidado de su hijo ¿Quién lo cuida? (G-S)	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Otros familiares (mayores de edad).....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 Hermanos menores de edad.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Un vecino/a.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Va a guardería o jardín maternal</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5 Personal contratado (niñera).....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1 Otros familiares (mayores de edad).....	<input type="checkbox"/>	2 Hermanos menores de edad.....	<input type="checkbox"/>	3 Un vecino/a.....	<input type="checkbox"/>	4 Va a guardería o jardín maternal	<input type="checkbox"/>	5 Personal contratado (niñera).....	<input type="checkbox"/>		
1 Otros familiares (mayores de edad).....	<input type="checkbox"/>												
2 Hermanos menores de edad.....	<input type="checkbox"/>												
3 Un vecino/a.....	<input type="checkbox"/>												
4 Va a guardería o jardín maternal	<input type="checkbox"/>												
5 Personal contratado (niñera).....	<input type="checkbox"/>												
15.8 ¿Alguien le ha hablado con respecto a la importancia que tiene jugar con los niños y estimularlos para su crecimiento y desarrollo? (E-S)	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Sí.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 No.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Ns/Nc.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> } → A pregunta 16.1 </div>	1 Sí.....	<input type="checkbox"/>	2 No.....	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>						
1 Sí.....	<input type="checkbox"/>												
2 No.....	<input type="checkbox"/>												
9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>												
15.9 ¿Le han dado consejos prácticos sobre cómo estimular al niño? (Cantar, hablar, mostrar colores, paseo, sonrisa materna, mirada a los ojos) (E-S)	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Sí.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 No.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Ns/Nc.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> } → A pregunta 16.1 </div>	1 Sí.....	<input type="checkbox"/>	2 No.....	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>						
1 Sí.....	<input type="checkbox"/>												
2 No.....	<input type="checkbox"/>												
9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>												
15.10 ¿Quién le ha hablado con respecto a la importancia de estimular a los niños (G-S)	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Un médico</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc).....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4 Un familiar o un vecino</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5 Asociación vecinal o comunitaria.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Ns/Nc</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1 Un médico	<input type="checkbox"/>	2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc).....	<input type="checkbox"/>	3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario)	<input type="checkbox"/>	4 Un familiar o un vecino	<input type="checkbox"/>	5 Asociación vecinal o comunitaria.....	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc	<input type="checkbox"/>
1 Un médico	<input type="checkbox"/>												
2 Otro integrante del equipo de salud (enfermera, partera, etc).....	<input type="checkbox"/>												
3 Los medios de comunicación (lo vi en la tele, o lo leí en una revista o diario)	<input type="checkbox"/>												
4 Un familiar o un vecino	<input type="checkbox"/>												
5 Asociación vecinal o comunitaria.....	<input type="checkbox"/>												
9 Ns/Nc	<input type="checkbox"/>												
16 Recordatorio alimentario de 24 horas del niño de 0 a 6 meses													
El día de ayer _____ (mencione el nombre del niño/a)													
16.1 Tomó pecho?	<table style="width: 100%;"> <tr><td>1 Sí.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 No.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9 Ns/Nc.....</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1 Sí.....	<input type="checkbox"/>	2 No.....	<input type="checkbox"/>	9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>						
1 Sí.....	<input type="checkbox"/>												
2 No.....	<input type="checkbox"/>												
9 Ns/Nc.....	<input type="checkbox"/>												

16.2 Tomo algún líquido (agua, té, jugos, etc)	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
16.3 Tomó leche o fórmula infantil?	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/> 9 Ns/Nc..... <input type="checkbox"/>	
16.4 ¿Consumió alguna papilla o alimento?	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/>	→ A pregunta 17.1
16.5 ¿Qué alimento consumió? (E-M)	1 Cereal sin gluten..... <input type="checkbox"/> 2 Cereal con gluten..... <input type="checkbox"/> 3 Yogur/postre lácteo..... <input type="checkbox"/> 4 Puré de vegetales..... <input type="checkbox"/> 5 Puré de frutas..... <input type="checkbox"/> 6 Pan o galletitas..... <input type="checkbox"/> 7 Otros (especificar) <input type="checkbox"/>	
17 Valoración antropométrica		
17.1 Peso del niño	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Gramos	
17.2 Longitud corporal	<div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Cms.	
17.3 Pesado sin ropas	1 Sí..... <input type="checkbox"/> 2 No..... <input type="checkbox"/>	
17.4 Pesado con ropa	(especificar tipo de prenda).....	
18 Observaciones		
<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR RESPONSABLE

Esta es una encuesta que está llevando adelante la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, junto con el Ministerio de Desarrollo Social y el Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI).

La encuesta tiene por objetivo conocer la situación alimentaria y nutricional de los niños, niñas, adolescentes, mujeres en edad reproductiva, embarazadas y adultos mayores residentes en la Ciudad.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en recabar información referida a estos temas y se pesará y medirá al niño.

Se resguardará la identidad de los menores incluidos en esta prueba

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y desde ya agradecemos su colaboración.

Yo, en mi carácter de madre/padre/tutor, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo del estudio, acepto participar en la encuesta de la situación alimentaria y nutricional de la Ciudad de Buenos Aires.

Fecha

Firma