

Encuesta al ingreso de niños/as de 6 a 18 meses
“ Neurodesarrollo en niños y niñas guatemaltecos severamente desnutridos”.

1.0	Código de identificación (ID)				1.1	Fecha de entrevista	dd	mm	aa
1. INFORMACION GENERAL									
1.2	Caserío	Nombre				Código			
1.3	Aldea								
1.4	Sector								
1.5	Encuestador								
1.6	Traductor								
1.7	Madre				1.8 Teléfono	1.9 Estado Fisiológico			
							1 Embarazada		
							2 Lactante		
							3 No emb Ni lact		
2. DATOS DEL NINO/A									
2.1 Nombres y apellidos				2.2 Edad (meses)	2.3 Sexo 1 Masculino 2 Femenino		2.4 Fecha de nacimiento (verificar)		
							dd	mm	aa
3. ANTROPOMETRIA DEL NINO/A									
Peso (kg)			Longitud (cm)			Código antro			
		.			.				
		.			.				
		.			.				

4. ANTECEDENTES PRENATALES/NATALES Y POSTNATALES DEL NINO/A									
4.1	Llevo control prenatal?				1 Si	2 No → p4.4			
4.2	Con quien llevo control prenatal?				1 medico 2 enfermera 3 comadrona				
4.3	Cuantas citas de control prenatal tuvo cuando estaba embarazada?								
4.4	Tuvo usted algún problema o complicación durante su embarazo? 1 Si 2 No → p4.6								

4.5	Que complicaciones tuvo durante su embarazo? 1 Si 2 No									
	A	Diabetes		C	Hemorragia		E	Infecciones		
	B	Presión Alta		D	Rompió fuente muy temprano		F	Otra Esp_____		
4.6	Cuantos meses del embarazo tenía cuando nació el niño/a?									
4.7	Nació [NOMBRE] antes de la fecha probable de parto? 1 Si 2 No → p4.9									
4.8	Cuantas semanas antes de la fecha probable de parto?									
4.9	Nació [NOMBRE] después de la fecha probable de parto? 1 Si 2 No → p4.11									
4.10	Cuantas semanas después de la fecha probable de parto?									
4.11	Cuantas libras y onzas peso [NOMBRE] cuando nació? 99 No sabe								Lb	Oz
4.12	Donde fue atendido su parto? 1 Casa 2 Centro Salud/CAP 3 Hospital									
4.13	Quien atendió su parto? 1 Medico 2 Enfermera 3 Comadrona									
4.14	Fue parto atendido por cesárea o vaginal? 1 Vaginal 2 Cesárea									
4.15	Tuvo usted algún problema o complicación durante el parto? 1 Si 2 No → p4.17									
4.16	Que complicaciones tuvo durante su parto? 1 Si 2 No									
	A	Infección		C	Se tardo mucho		E	Se le acabo el liquido		
	B	Hemorragia		D	No descendió		F	Otra, Esp_____		
4.17	Tuvo su niño/a algún problema o complicación luego del parto? 1 Si 2 No → p4.19									
4.18	Que complicaciones tuvo su niño/a luego del parto? 1 Si 2 No									
	A	Nació muy morado		C	Necesito antibióticos		E	Necesito terapia de luz		
	B	Necesito tubo con oxigeno		D	Necesito transfusiones		F	Otra, Esp_____		
4.19	Hubo necesidad de dejar hospitalizado a su niño/a? 1 Si 2 No → Sección 5									
4.20	Durante este tiempo tuvo usted contacto con su niño/a? 1 Si 2 No									
	A	Visual		B	Físico		C	Lactancia		D

6.9	¿Tiene el hogar una plancha eléctrica?	1 Si 2 No	
6.10	Si algún miembro del hogar se dedica en su actividad principal a la agricultura, ganadería, caza y pesca, ¿tiene el hogar vacas, toros, terneros, cerdos, caballos, burros o mulas?	1 Si 2 No	

7. ESTIMULACION EN EL CIRCULO FAMILIAR

7.1	Tiene en su casa juguetes con los que su niño/a puede jugar?			1 Si 2 No		
7.2	Qué tipo de juguetes tiene en la casa para que su niño/a pueda jugar? 1 Si 2 No					
7.3	A	Cosas para hacer/tocar música		E	Cosas para moverse (pelotas, carritos, caballitos)	
	B	Cosas para dibujar/pintar		F	Juguetes para aprender formas y colores	
	C	Libros para colorear para niños		G	Juguetes para imitar (muñecas, trastecitos, carritos)	
	D	Cosas para apilar, construir (bloques)		H	Otros, esp_____	
7.4	De donde provienen los juguetes que tiene para su niño/a?			1 Si 2 No		
7.5	A	Objetos del hogar		D	Juguetes hechos en casa	
	B	Cosas de fuera del hogar		E	Otro, Esp_____	
	C	Juguetes comprados en tiendas				
7.6	Que juegos realizo en los últimos 7 días con su niño/a?			1 Si 2 No		
7.7	A	Le llevo a pasear fuera de la casa		D	Le leyó libros o le mostro libros con dibujos	
	B	Le conto algún cuento o historia		E	Jugó con su niño/a utilizando algunos juguetes	
	C	Canto canciones junto con él/ella		F	Paso tiempo nombrando cosas, contando, pintando	
7.8	Cuantos libros tiene en su casa?					
7.9	Cuantas revistas o periódicos tiene en su casa?					

8. SEGURIDAD ALIMENTARIA

8.1	Tienen los recursos para dar un huevo cada día a su niño?	1 Si 2 No	
8.2	Tienen los recursos para dar fruta cada día a su niño?	1 Si 2 No	
8.3	Tienen los recursos para dar verduras cada día a su niño?	1 Si 2 No	

9. LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

9.1	En su vida, el niño ha recibido leche materna? 1 Si 2 No → p9.6							
9.2	Esta [NOMBRE] recibiendo lecha materna actualmente? 1 Si 2 No							
9.3	Cuantos meses tenía cuando dejó de mamar? 99 todavía esta mamando							
9.4	Cuantos veces recibió lecha materna ayer durante todo el día y noche?							
9.5	Por lo general, cuantos minutos mama cada vez que mama?							
9.6	Ahora quiero preguntar sobre algunos líquidos que [NOMBRE] quizás tomó ayer durante todo el día o noche.							
	Líquido		1 Si 2 No	Cuantas veces?	Líquido		1 Si 2 No	Cuantas veces?
	A	Agua pura			F	Sopas o consomé		
	B	Leche de fórmula			G	Café		
	C	Jugos			H	Leche de vaca o cabra		
	D	Aguas gaseosas			I	Agüitas (manzanilla, agua azucarada)		
	E	Atoles			J	Algún otro líquido, Esp _____		
9.7	<p>Favor de decirme todas las cosas que [NOMBRE] comió ayer durante todo el día o noche, ya que sea en la casa o afuera de la casa.</p> <p>Piense en la mañana ayer cuando [NOMBRE] se levantó? Comió algo? Favor de decirme todo lo que comió? Otra cosa? <i>(seguir preguntando hasta decir nada mas)</i></p> <p>Que [NOMBRE] hizo después? Comió algo? Favor de decirme todo lo que comió? Otra cosa? <i>(seguir preguntando hasta decir nada más; seguir repitiendo la pregunta hasta que la madre dice que se durmió para la noche)</i></p> <p><i>Si la madre menciona alguna comida compuesta, como caldo, pregunte: Cuales fueron los ingredientes en [la comida]? Otra cosa? (seguir preguntando hasta decir nada mas)</i></p> <p><i>Mientras la madre menciona comidas, las puede subrayar en el listado por debajo. Si la comida no está en el listado, escribirlo por debajo. Si la cantidad de una comida es pequeña y usado solo para dar sabor a la comida, se puede colocar en la área correspondiente a condimentos.</i></p> <p><i>Cuando la madre termina de decir comidas, lea cada categoría de comidas donde no mencionó ninguna y pregunte: Ayer durante el día y noche [NOMBRE] comió [LISTADO]?</i></p>							
CAT	ALIMENTOS						1 Si 2 No 8 No sabe	
A	Atol, pan, arroz, fideos, tortillas, elotes, cereal, o cualquier otra comida hecho de cereales y maíz							
B	Zanahoria, güicoy, calabazas							

C	Papas, yuca	
D	Cualquier hierba u otra verdura de color verde oscuro	
E	Mango, papaya, naranja, melocotón, chile pimiento, melón, tomate (si es mas sazón)	
F	Otra fruta o verdura	
G	Hígado, riñón, tripa, corazón	
H	Cualquier carne (pollo, res, otro animal)	
I	Huevo	
J	Pescado, mariscos (frescos o secos)	
K	Frijoles, lentejas, arvejas, nueces, semillas, manía	
L	Leche, yogur, queso, otro producto lácteo	
M	Aceite, manteca, mantequilla, otro tipo de grasa	
N	Cualquier comida con azúcar agregada como chocolate, dulces, postres, galletas, pasteles	
O	Condimentos para sabor, como chile, tomate, hierbas, pescado seco	
P	Otras comidas mencionadas:	
<p><i>Si no hay consumo de ninguna categoría, pregunte: [NOMBRE] ayer durante todo el día y noche comió alguna comida solida, semisólida o suave? Cuáles? (apunte arriba)</i></p>		
9.8	Cuántas veces ayer durante todo el día y noche [NOMBRE] comió comida solida, semisólida o suave (no líquidos)?	
9.9	Durante el día o noche de ayer, [NOMBRE] bebió algo en una pacha? 1 Si 2 No	