



ENCUESTA DE NUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

NIÑO/A SELECCIONADO/A

ACLARACIÓN:

Donde dice {niño/a} se debe decir el nombre del niño/a seleccionado.

Los textos en negro SE LEEN.

Los textos en color (no en negro) NO SE LEEN, corresponden a:

- subtítulos con condicionantes
- indicaciones para quien realiza la encuesta
- sugerencias de pistas cuando la persona encuestada tiene dificultad para formular la respuesta que se colocan entre paréntesis curvos ()

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}:

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 Solo para nuevos casos. ¿Cree que {niño/a} tiene ascendencia...

	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 Solo para nuevos casos. ¿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

pase a preg. A12

SOLO SI LA RELACIÓN DE PARENTESCO DE {niño/a} CON EL/LA JEFE/A DEL HOGAR ES NIETO/A, OTRO/A PARIENTE U OTRO/A NO PARIENTE [A9 => 11]

A10 ¿La madre de {niño/a} vive en este hogar?

E31

Sí 1

¿Quién es?

E31_1

Añote el N° de persona E31_1

No 2

A11 ¿El padre de {niño/a} vive en este hogar?

E32

Sí 1

¿Quién es?

E32_1

Añote el N° de persona E32_1

No 2

PARA MUJERES DE 14 AÑOS O MÁS

A12 ¿ {niño/a} ha tenido hijos nacidos vivos?

E185

Sí 1

¿Cuántos...

... viven en este hogar? **E186_1**

... viven en otro hogar en el país? **E186_2**

... viven en el extranjero? **E186_3**

... han fallecido? **E186_4**

No 2

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. B6*

No cuenta con derechos en ninguna institución 7 *pase a preg. B8*

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

Anote el N° de persona **E186_1**

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 2

Paga un miembro de este hogar 3

Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E45_2_1_1_CV

Anote el N° de persona **E186_1**

A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 5

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 2

Paga un miembro de este hogar 3

Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E45_3_1_1_CV

Anote el N° de persona **E186_1**

A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 5

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

Anote el N° de persona **E186_1**

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

Anote el N° de persona **E186_1**

C - EDUCACIÓN

C1 ¿Asiste o asistió {niño/a} a un centro educativo?

E193

Asiste actualmente 1

No asiste, pero asistió 2 *pase a preg. C3*

Nunca asistió 3 *pase al módulo D*

C2 ¿A qué edad comenzó {niño/a} a asistir?

IH13

Anote la edad **E186_1**

C3 ¿A qué edad dejó {niño/a} de asistir?

IH14

Anote la edad **E186_1**

C4 Ese establecimiento es/era:

IH15

Público 1

Privado 2

Otro 3

NS / NC 89

C5 Solo para quienes están cursando actualmente. ¿Qué nivel está cursando actualmente?

P2_NE_n	
Primaria	2
Secundaria Ciclo Básico (CES o CETP, 7°, 8° y 9° nuevo plan)	3
Secundaria Segundo Ciclo (CES o CETP)	4
Enseñanza técnica (UTU o similar)	5
Otro	6

C6 Solo para quienes no están cursando actualmente. ¿Cuál fue el nivel más alto alcanzado?

P3_NE_n	
Primaria completa o incompleta	1
Secundaria Ciclo Básico (CES o CETP, 7°, 8° y 9° nuevo plan) completo o incompleto	2
Secundaria Segundo Ciclo (CES o CETP)	4
Enseñanza técnica (UTU o similar) completa o incompleta	5
Otro	6

C7 ¿Cuántos años aprobó en ese nivel?

P4_NE_n
Anote la cantidad en años

C8 Solo para quienes están cursando actualmente Enseñanza técnica [preg. C5 = 5] o cuyo nivel máximo alcanzado es el Segundo ciclo de Secundaria [preg. C6 = 4]. ¿Para hacer ese curso se exige o exigía...

E51_7_1_n	
... Ciclo Básico (CES o CETP, 7°, 8° y 9° nuevo plan) (liceo o UTU)?	2
... Enseñanza Primaria completa?	3
... ninguna formación previa?	4

C9 ¿En que horario asiste al centro educativo?

Anote la hora de ingreso IH1_NE_1 : IH_NE_1_H : IH_NE_1_M
Anote la hora de salida IH1_NE_2 : IH1_NE_2_H : IH1_NE_2_M

C10 ¿Como se traslada al centro educativo? Si usa más de un medio, indicar 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 IH8_NV_1	7
	especificar

C11 Habitualmente, ¿con quién va {niño/a} al centro educativo?

IH8_NV_2	
Con un adulto	1
Solo	2
Con compañeros	3
NS / NC	99

C12 ¿Cuánto demora en llegar?

IH9 IH9_1
Anote la cantidad de minutos
NS / NC 89

C13 ¿Es el horario del centro educativo 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 IH12_NV_1	5
	especificar

No corresponde 98
NS / NC 89

C14 ¿Hasta qué nivel espera usted que {niño/a} estudie? Marque sólo una de las opciones.

IH16	
Primaria	1
Ciclo Básico de UTU	2
Ciclo Básico de Secundaria	3
2° o 3° Ciclo de UTU	4
Bachillerato (Segundo Ciclo de Secundaria)	5
Escuela policial o militar	6
Profesorado o magisterio	7
Universidad	8
NS / NC	99

C15 Durante la semana, fuera del horario escolar, ¿{niño/a} se queda solo/a?

IH17	
Sí	1

¿Cuántas horas por día?

IH17_1
Anote cantidad de horas

¿Cuántos días a la semana?

IH17_2
Anote la cantidad de días (entre 1 y 7)

No	2
NS / NC	99

C16 ¿Recibe alimentación en el centro educativo?

E200	
Sí	1

¿Cuántos desayunos recibe semanalmente?

E200_1
Anote la cantidad de días (entre 1 y 7)

¿Cuántos almuerzos o cenas recibe semanalmente?

E200_2
Anote la cantidad de días (entre 1 y 7)

¿Cuántas meriendas recibe semanalmente?

E200_3
Anote la cantidad de días (entre 1 y 7)

No	2
----------	---

D - POLÍTICAS ALIMENTARIAS

D1 ¿Concurrió {niño/a} a alguna olla popular o 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?

E560_1_1

Anote el valor.....

No 2

TUS-INDA

E560_2

Sí 1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

E560_2_1

Anote el valor.....

No 2

No 2

D5 ¿Recibe {niño/a} algún tipo de canasta?

E59

Sí 1

¿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 3

especificar

¿Cuántas mensualmente?

E247

Anote la cantidad.....

No

E - ACTIVIDAD LABORAL

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS O MÁS
SI ES MENOR DE 14 AÑOS PASE AL MÓDULO H

E.1 SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

E1 Durante la semana pasada, ¿trabajaste por lo menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?

F66

Sí 1 pase a preg. E6

No 2

E2 Durante la semana pasada, al menos durante una hora, ¿hiciste algo para afuera, ayudaste en un negocio o colaboraste en el cuidado de animales, cultivos o huerta?

F67

Sí 1

No 2 pase a preg. E4

E3 De lo que produce con tu trabajo, ¿al menos una parte se destina a la venta?

F261

Sí 1 pase a preg. E6

No 2

No corresponde porque hizo algo para afuera o ayudó en un negocio 98

E4 Aunque no trabajaste la semana pasada, ¿tienes algún trabajo, negocio o actividad por el que percibes habitualmente un pago?

F68_1

Sí 1

No 2 pase al módulo E.4

E5 ¿Por cuál motivo no trabajaste la semana pasada?

F69

Por licencia (ej.: vacaciones, enfermedad, estudio, cuidados, etc.) 1

Por poco trabajo o mal tiempo 2

Por huelga o conflicto laboral 4

Por atender a hijos/as enfermos/as o cuidarles 5

Por atender otras personas dependientes del hogar 6

Por estar suspendido/a 7

Porque le despidieron 8 pase al módulo E.4

Por estar en seguro de paro 9

Por estar en seguro de desempleo 10 pase al módulo E.4

E6 ¿Cuántos trabajos tiene?

F70

Anote la cantidad

E.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO PRINCIPAL

E7 ¿En este trabajo eres...

F73

... asalariado/a privado/a? 1

... asalariado/a público/a? 2

... socio/a-miembro de cooperativa de producción o trabajo? 3

... patrón/a? 4

... cuenta propia? 5

... miembro del hogar no remunerado? 7

... trabajador/a de programa social de empleo? 8

E8 ¿Aportas a alguna caja de jubilaciones por este trabajo?

F82

Sí 1

No 2

E9 ¿Cuántas horas trabajas habitualmente por semana en este trabajo?

F85

Anote cantidad de horas.....

Si solo tiene 1 trabajo pase al módulo F y si no tiene trabajo pase al módulo E.4.

E.3 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO SECUNDARIO

SOLO SI TIENE MÁS DE 1 TRABAJO [preg. E6 > 1],
SINO PASE AL MÓDULO F

E10 ¿En este trabajo eres...

F92

... asalariado/a privado/a? 1

... asalariado/a público/a? 2

... miembro de cooperativa de producción o trabajo? 3

... patrón/a? 4

... cuenta propia? 5

... miembro del hogar no remunerado? 7

... trabajador/a de programa social de empleo? 8

E11 ¿Aportas a alguna caja de jubilaciones por este trabajo?

F96

Sí 1

No 2

E12 ¿Cuántas horas trabajas habitualmente por semana en este trabajo?

F98

Anote cantidad de horas.....

Pase al módulo F.1.1.

E.4 BÚSQUEDA DE TRABAJO PARA QUIENES NO TRABAJAN

SOLO SI NO TIENE UN TRABAJO O NEGOCIO AL QUE VOLVER
[preg. E4 = 2], SINO PASE AL MÓDULO F

E13 ¿Estás disponible para comenzar a trabajar?

- F106**
Sí, ahora mismo..... 1
Sí, en otra época del año..... 2
No 3

E14 Durante la semana pasada, ¿estuviste buscando trabajo o tratando de establecer tu propio negocio?

- F107**
Sí 1 **pase a preg. E17**
No 2

E15 ¿Por cuál de las siguientes causas no buscaste trabajo ni trataste de establecer tu propio negocio?

- F108**
Está incapacitado/a físicamente 1
Tiene trabajo que comenzará en los próximos 30 días ... 2 **pase a preg. E17**
Está esperando el resultado de gestiones ya emprendidas 3
Buscó antes, no encontró y dejó de buscar..... 4
No tiene tiempo por las tareas de cuidado de niños/as o personas dependientes 7
No tiene tiempo por otras tareas domésticas 8
Ninguna razón en especial 6

E16 Aunque no buscaste trabajo ni trataste de establecer tu propio negocio en la semana pasada, ¿habías buscado o tratado de hacerlo en las últimas 4 semanas?

- F109**
Sí 1
No 2 **pase al módulo E.5**

E17 ¿Qué hiciste principalmente para buscar trabajo o establecer tu propio negocio?

- F110**
Puso o contestó avisos en diarios, etc. 1
Consultó con agencias de empleo..... 2
Consultó directamente con el/la empleador/a 3
Consultó con amigos/as o parientes..... 4
Hizo trámites, gestionó préstamos, buscó local o campo para establecerse 5
Consultó por internet 6
Nada 7 **pase al módulo E.5**

E18 ¿Cuánto tiempo hace que estás buscando trabajo?

- F113**
Anote cantidad de horas.....

E.5 TRABAJOS ANTERIORES DE NO OCUPADOS/AS

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS O MÁS (SINO PASE AL MÓD. H)
QUE NO TIENEN UN TRABAJO O NEGOCIO AL QUE VOLVER
[preg. E4 = 2], SINO PASE AL MÓDULO F

E19 ¿Has trabajado antes (en tu vida)?

- F116**
Sí 1
No 2 **pase al módulo F.3**

G- INGRESOS PERSONALES

G.1 INGRESOS DE TRABAJADORES/AS DEPENDIENTES

PARA PERSONAS INACTIVAS O DESOCUPADAS

G1 A pesar de que actualmente no tiene un trabajo remunerado, el mes pasado...

... ¿recibió sueldos, jornales, aguinaldo, salario vacacional, horas extras u otro ingreso por algún trabajo anterior?

- G_ID_4**
Sí 1 **pase al módulo G.3**
No 2

... ¿recibió alimentos, bebidas o algún otro tipo de retribución en especie por algún trabajo anterior?

- G_ID_5**
Sí 1 **pase al módulo G.3**
No 2 **pase al módulo G.2**

PARA TRABAJADORES/AS NO DEPENDIENTES

G2 A pesar de que actualmente no tiene un trabajo en relación de dependencia, el mes pasado...

... ¿recibió sueldos, jornales, aguinaldo, salario vacacional, horas extras u otro ingreso por algún trabajo en relación de dependencia anterior?

- G_ID_4A**
Sí 1 **pase al módulo G.3**
No 2

... ¿recibió alimentos, bebidas o algún otro tipo de retribución en especie por algún trabajo en relación de dependencia anterior?

- G_ID_5A**
Sí 1
No 2 **pase al módulo G.2**

G.1.1 INGRESOS POR OCUPACIÓN PRINCIPAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

G3 ¿Cuánto recibió el mes pasado en su asalariado de mayores ingresos?

- G126**
Sueldos o jornales líquidos..... **G126_1**
Comisiones, incentivos, horas extras, habilitaciones..... **G126_2**
Viáticos no sujetos a rendición **G126_3**
Propinas..... **G126_4**
Aguinaldo..... **G126_5**
Salario vacacional..... **G126_6**
Pagos atrasados..... **G126_7**
Boletos de transporte..... **G126_8**
Tickets de alimentación **G126_9**

G4 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió alimentos o bebidas?

- G127**
Sí 1
El mes pasado, ¿cuánto recibió...

- ... desayunos/meriendas **G127_1**
... almuerzos/cenas **G127_2**
... otro (monto estimado) **G127_3**
No 2

G5 ¿Este trabajo se realiza en un predio agropecuario?

G128_A
Sí 1
No 2

G6 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió vivienda o alojamiento?

G129
Sí 1

¿Está en el medio urbano?

G129_1
Sí 1

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G129_2
Anote la cantidad | | | | |

No 2

No 2

G7 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿el mes pasado recibió otro tipo de retribución en especie (ej.: transporte, vestimenta, servicios de guardería, becas de estudio, productos de la empresa, etc.)?

G130
Sí 1

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G130_1
Anote la cantidad | | | | |

No 2

G8 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió el mes pasado algún otro complemento pagado por su empleador/a (ej.: complemento al seguro de desempleo, por enfermedad, etc.)?

Sí 1

El mes pasado, ¿cuál fue el valor que recibió?

G131_1
Anote la cantidad | | | | |

No 2

PARA TRABAJADORES/AS AGROPECUARIOS/AS

G9 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a pastoreo?

G132
Sí 1

¿Cuántos vacunos? **G132_1** | | | | |

¿Cuántos ovinos? **G132_2** | | | | |

¿Cuántos equinos? **G132_3** | | | | |

No 2

G10 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a cultivar o realizar alguna producción?

G133
Sí 1

¿Cuánto hubiera tenido que pagar por esos productos que consumió el mes pasado?

G133_1
Anote la cantidad | | | | |

¿Cuánto dinero ganó por la venta de esos productos en los últimos 12 meses?

G133_2
Anote la cantidad | | | | |

No 2

G.1.2 INGRESOS DE OTRAS OCUPACIONES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

G11 Solo para personas ocupadas con 1 trabajo [F6 = 1]. A pesar de que actualmente tiene un único trabajo remunerado, el mes pasado, ¿recibió ingresos por algún otro empleo asalariado?

G ST_1
Sí 1

No 2 **pase al módulo G.2**

G12 Solo para personas ocupadas con más de 1 trabajo [F6 > 1] o tiene 1 único trabajo remunerado y el mes pasado recibió ingresos por otro(s) [G11 = 1]. ¿Cuánto recibió el mes pasado en sus otros empleos asalariados?

Sueldos o jornales líquidos **G134_1** | | | | |

Comisiones, incentivos, horas extras **G134_2** | | | | |

Viáticos no sujetos a rendición **G134_3** | | | | |

Propinas **G134_4** | | | | |

Aguinaldo **G134_5** | | | | |

Salario vacacional **G134_6** | | | | |

Pagos atrasados **G134_7** | | | | |

Boletos de transporte **G134_8** | | | | |

Tickets de alimentación **G134_9** | | | | |

K13 ¿Alguno de sus otros empleos asalariados se realiza en un predio agropecuario?

Sí 1

No 2

K14 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió alimentos o bebidas?

Sí 1

El mes pasado, ¿cuánto recibió...

Desayunos/Meriendas **G135_1** | | | | |

Almuerzos/Cenas **G135_2** | | | | |

Otro (monto estimado) **G135_3** | | | | |

No 2

G15 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió vivienda o alojamiento?

Sí 1

¿Está en el medio urbano?

G137_1
Sí 1

No 2

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G137_2
Anote la cantidad | | | | |

No 2

G16 En sus otros empleos asalariados, ¿el mes pasado recibió otro tipo de retribución en especie (ej.: transporte, vestimenta, servicios de guardería, becas de estudio, productos de la empresa, etc.)?

Sí 1

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G138_1
Anote la cantidad | | | | |

No 2

G17 En sus otros empleos asalariados, ¿recibió el mes pasado algún otro complemento pagado por su empleador/a (ej.: complemento al seguro de desempleo, por enfermedad, etc.)?

Sí 1

El mes pasado, ¿cuál fue el valor que recibió?

G139_1

Anote la cantidad.....

No 2

PARA TRABAJADORES/AS AGROPECUARIOS/AS

G18 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a pastoreo?

G140

Sí 1

¿Cuántos vacunos? **G140_1**

¿Cuántos ovinos? **G140_2**

¿Cuántos equinos? **G140_3**

No 2

G19 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a cultivar o realizar alguna producción?

G141

Sí 1

¿Cuánto hubiera tenido que pagar por esos productos que consumió el mes pasado?

G141_1

Anote la cantidad.....

¿Cuánto dinero ganó por la venta de esos productos en los últimos 12 meses?

G141_2

Anote la cantidad.....

No 2

G.2 INGRESOS DE TRABAJADORES/AS NO DEPENDIENTES (NEGOCIOS PROPIOS)

G20 El mes pasado, ¿retiró dinero para gastos de su hogar de negocios propios que tiene o tenía?

G_ITND_1

Sí 1

¿Cuánto dinero retiró el mes pasado para gastos de su hogar?

G142

Incluya sueldo si lo tiene **G142**

No 2

G21 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por distribución de utilidades por un negocio propio que tiene o tenía?

G_ITND_2

Sí 1

Además de lo que gana mes a mes, ¿cuánto recibió en los últimos 12 meses por distribución de utilidades?

G143

No incluya lo ya anotado **G143**

No 2

G22 De lo que produce o vende en su negocio/empresa/actividad, ¿retira productos para consumo propio o del hogar (alimentos, bebidas, productos de limpieza, etc.)? Si es trabajador/a agropecuario/a incluya carnes, lácteos, huevos, etc.

G144_A

Sí 1

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G144_1A

Anote la cantidad.....

No 2

G23 ¿Es un negocio agropecuario?

G_2_1

Sí 1

No 2 pase al módulo G.3

SI ES NEGOCIO AGROPECUARIO

G24 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por medianería o aparcería, pastoreo o ganado a capitalización?

G_ITND_3

Sí 1

¿Cuánto recibió en los últimos 12 meses?

G_148_1A

Anote la cantidad.....

No 2

G.3 INGRESOS POR TRANSFERENCIAS Y OTROS INGRESOS

G25 ¿Cuánto percibió el mes pasado por...

G_148_2A

... pensión? **G_148_2A_2**

... pensión alimenticia (del país o del extranjero)? **G_148_2A_3**

... Tarjeta Uruguay Social o Tarjeta MIDES?..... **G_148_2A_4**

... Asignación familiar (no incluida en el sueldo)? **G_148_2A_5**

... subsidio por enfermedad (BPS o BSE)? **G_148_2A_7**

... seguro de desempleo? **G_148_2A_8**

... indemnización por despido? **G_148_2A_9**

... compensaciones por accidente, maternidad o enfermedad? **G148_4**

... becas, subsidios o donaciones (del país o del extranjero)? **G148_C_1**

.....

G.4 OTROS INGRESOS

G26 ¿En los últimos 12 meses recibió alguna devolución por FONASA?

G258

Sí 1

¿Cuánto?

G258_1

Anote la cantidad.....

No 2

H - NACIMIENTO Y ADOPCIÓN

SOLO PARA NUEVOS CASOS, SINO PASE AL MÓDULO I

H1 ¿Cuál es su relación de parentesco con {niño/a}?

NA1

Madre..... 1

Padre 2

Abuela..... 3

Abuelo..... 4

Otro familiar 5

Otro no familiar **NA1_1** 6

especificar

NS / NC..... 99

H2 ¿{niño/a} es adoptado/a?

NA3

Sí 1

¿En qué año y mes {niño/a} fue adoptado?

Anote el año **NA4_1**

Anote el mes..... **NA4_2**

No 2

NS / NC..... 99

I - VÍNCULOS CON LOS PADRES

I1 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. I3
	Ni el padre ni la madre biológico/adoptiva	3	

I2 ¿Vive aquí la madre biológica/adoptiva de {niño/a}?

IH28	Sí	1	
	Anote el N° de persona	IH29	pase a preg. I4
	No	2	

I3 Solo si quien contesta no es el padre biológico/adoptivo [preg. I1 = 2, 3]. I22 ¿Vive aquí el padre biológico/adoptivo de {niño/a}?

IH22	Sí	1	
	Anote el N° de persona	IH23	pase al módulo J
	No	2	

SOLO SI NO CONTESTA EL PADRE [preg. I1 = 2, 3] Y SI {niño/a} NO VIVE CON EL PADRE [preg. I3 = 2]

I4 ¿Por qué razón no vive con ustedes el padre biológico/adoptivo de {niño/a}?

IH24	Murió	1	pase al módulo J
	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. I6
	Emigró	6	
	Otra	7	

I5 ¿Qué edad tenía {niño/a} cuando el padre biológico/adoptivo dejó de vivir con usted?

IH25	Anote la edad en meses si era menor de 1 año	IH25_1	
	Anote años	IH25_2	

I6 ¿Con qué frecuencia ve al padre biológico/adoptivo?

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	

I7 ¿Usted 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	89	

I8 ¿Usted 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	89	

J - SALUD INFANTIL

J.1 CONSULTAS MÉDICAS Y OTROS SERVICIOS SANITARIOS

J1 ¿Cuándo fue la última vez que {niño/a} consultó al/a la pediatra de cabecera, médico/a general o médico/a de familia en el servicio de salud?

F1_1	En el último mes	1	
	Hace más de 1 mes y menos de 1 año	2	
	Hace 1 año o más	3	
	Nunca ha ido a consulta de médico/a	4	pase al módulo J.3
	NS / NC	89	

SOLO SI {niño/a} FUE ALGUNA VEZ AL MÉDICO [preg. J1 = 1, 2, 3], SINO PASE A PREG. I6

J2 ¿Cuál fue el motivo principal de la última consulta?

F2_1	Control de salud/ficha médica	1	
	Para solicitar recetas o repetir medicación	2	
	Enfermedad o problema de salud	3	
	Otro motivo	4	
	NS / NC	5	

J3 ¿{niño/a} tuvo que consultar a un especialista en los últimos 12 meses?

F5_1	Sí	1	
	No	2	pase a preg. J6

J4 ¿Cuál o cuáles especialistas consultó en los últimos 12 meses?

		Sí	No
1	Alergista	F6_1_1	1 2
2	Cirujano/a	F6_1_2	1 2
3	Cardiólogo/a infantil	F6_1_3	1 2
4	Dermatólogo/a	F6_1_4	1 2
5	Gastroenterólogo/a	F6_1_5	1 2
6	Endocrinólogo/a (diabetólogo/a)	F6_1_6	1 2
7	Ginecólogo/a	F6_1_7	1 2
8	Neuropediatra	F6_1_8	1 2
9	Neumólogo/a	F6_1_9	1 2
10	Nefrólogo/a (riñón)	F6_1_10	1 2
11	Oncólogo	F6_1_11	1 2
12	Oftalmólogo	F6_1_12	1 2
13	Otorrinolaringólogo	F6_1_13	1 2
14	Salud mental (psiquiatra o psicólogo/a)	F6_1_14	1 2
15	Traumatólogo/a	F6_1_15	1 2
16	Nutricionista	F6_1_16	1 2
17	Psicopedagogo/a y psicomotricista	F6_1_17	1 2
18	Foniatra y fonoaudiólogo/a	F6_1_18	1 2

J5 Solo si respondió Sí en J4.16. ¿Fue a nutricionista porque le derivaron o por motivación propia?

F7_1
 Sí, porque le derivaron 1
 Sí, por motivación propia 2
 NS / NC 3

J6 Solo si respondió Sí en J4.14. ¿Sigue un tratamiento de salud mental?

F8_1
 Sí 1
 No 2

J7 ¿(niño/a) tiene alguna enfermedad crónica diagnosticada?

F9_1
 Sí 1

¿De qué tipo?

F10_1
 Neurológica 1
 Desarrollo 2
 Respiratoria 3
 Cardiovascular 4
 Osteoarticular 5
 No 2
 NS / NC 3

J8 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

¿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?
SI6_NE_3
 Anote la cantidad de días
 No 2
 No 2
 NS / NC 99

Continúa en la siguiente columna.

4 Intoxicación.

SI19_4
 Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_4
 Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI6_NE_4
 Anote 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?

SI6_NE_5
 Anote 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?

SI6_NE_6
 Anote la cantidad de días
 No 2
 No 2
 NS / NC 99

7 Accidente en el agua.

SI19_7
 Sí 1

¿Cómo consecuencia del accidente tuvo que estar internado?

SI5_NE_7
 Sí 1

¿Cuántos días estuvo internado?

SI6_NE_7
 Anote la cantidad de días
 No 2
 No 2
 NS / NC 99

J.2 MEDICALIZACIÓN

J9 ¿(niño/a) toma alguna medicación diariamente?

SAM1
 Sí 1

¿Cuáles de las siguientes?

	Sí	No
Antialérgico: loratadina, clorfeniramina, Kalitron, fexofenadina (Allegra , Alerfedine) SAM1_2 SAM1_3	1	2
Anticonvulsivante: carbamazepina (Auration , Tegretol), lamotrigina, ácido valproico, levetiracetam, Levetam o Keppra	1	2
Inhalador: Ventolin, Ventiplus, Butovent, Inhalplus, Flixotide, Serflu SAM1_4	1	2
Otra SAM1_5	1	2
No		2

TRANQUILIZANTES

Hay medicamentos tranquilizantes como Diazepam, Valium, Clonazapan, Lexotan, Aceprax u otros, que son usados para calmar la ansiedad, para poder dormir, o calmar los nervios del estómago.

SAM2

J10 ¿{niño/a} ha tomado este tipo de medicamentos tranquilizantes alguna vez en su vida?

SAM2_1

Sí 1
No 2

J11 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a tomar tranquilizantes por primera vez?

SAM2_2

Anote la cantidad en años | |

J12 ¿Le fueron recetados (indicados por un médico/a) o los tomó por su cuenta?

SAM2_3

Con receta médica 1
Sin receta médica (se los dio un familiar o adulto referente o padres) 2
{niño/a} los toma por su cuenta 3
Algunas veces recetados y otras por su cuenta 4

ESTIMULANTES

Hay medicamentos para los problemas de atención como Ritalin, Rubifen o Concerta.

SAM3

J13 ¿{niño/a} ha tomado este tipo de medicamentos estimulantes alguna vez en su vida?

SAM3_1

Sí 1
No 2

J14 ¿Qué edad tenía cuando tomó estimulantes por primera vez?

SAM3_2

Anote la cantidad en años | |

J15 ¿Le fueron recetados (indicados por un médico/a) o los tomó por su cuenta?

SAM3_3

Con receta médica 1
Sin receta médica (se los dio un familiar o adulto referente o padres) 2
{niño/a} los toma por su cuenta 3
Algunas veces recetados y otras por su cuenta 4

J.3 SALUD BUCO DENTAL

J16 ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes {niño/a}?

E1

1 vez al día 1
2 veces por día 2
3 veces por día 3
4 veces por día 4
Más de 4 veces por día 5
Nunca o casi nunca 6

J17 ¿Cuándo fue la última vez que {niño/a} fue al dentista?

E3

Menos de 6 meses 1
De 6 meses a 12 meses 2
Más de 1 año 3
Nunca ha ido 4

¿Por qué {niño/a} no ha ido al dentista?

E6

Por falta de tiempo 1
No hay dentista en el centro de salud 2
No tienen dinero para llevarle o para el tratamiento 3
Otro 4

J.4 MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE SEGURIDAD

J18 Cuando {niño/a} está jugando en el agua, ¿usa medidas de flotación?

G3A

En la casa, piscina o club

G3_1

Siempre 1
Casi siempre 2
Casi nunca 3
Nunca 4
No corresponde / No se baña en piscinas 98

En la playa, río o arroyo

G3_2

Siempre 1
Casi siempre 2
Casi nunca 3
Nunca 4
No corresponde / No se baña en playas, ríos ni arroyos 98

J19 ¿{niño/a} se baña en zonas habilitadas (con servicio de guardavidas)?

G3_3

Siempre 1
Casi siempre 2
Casi nunca 3
Nunca 4
No corresponde / No se baña en zonas habilitadas 98

J20 Durante los juegos en el agua, ¿{niño/a} está supervisado o acompañado por una persona adulta?

G4A

Junto a {niño/a} dentro del agua

G4_1

Siempre 1
Casi siempre 2
Casi nunca 3
Nunca 4
No corresponde / No juega en el agua 98

Observando a {niño/a} desde afuera del agua

G4_2

Siempre 1
Casi siempre 2
Casi nunca 3
Nunca 4
No corresponde / No juega en el agua 98

J21 ¿{niño/a} sabe nadar?

G4_3

Sí 1
No 2
NS / NC 99

K - SUEÑO

El patrón de sueño-vigilia de niños y niñas está directamente influido por las actividades individuales o familiares por ejemplo por la educación, la atención extraescolar, el trabajo y el deporte entre otras.

K1 Durante la semana, ¿{niño/a} a qué hora se duerme?

SU1

Anote la hora formato 24 horas SU1_H SU1_M

K2 Durante la semana, ¿{niño/a} a qué hora se despierta?

SU2

Anote la hora formato 24 horas SU2_H SU2_M

K3 Durante la semana, ¿toma siestas regulares?

SU3

Sí 1

¿Cuántos días de la semana?

SU3A

Anote la cantidad de días de la semana

Las siestas duran:

SU3_1

menos de 1/2 hora 1

entre 1/2 y 1 hora 2

entre 1 y 2 horas 3

más de 2 horas 4

No 2

No corresponde 98

NS / NC 99

K4 Durante el fin de semana, ¿{niño/a} a qué hora se duerme?

SU4

Anote la hora formato 24 horas SU4_H SU4_M

K5 Durante el fin de semana, ¿{niño/a} a qué hora se despierta?

SU5

Anote la hora formato 24 horas SU5_H SU5_M

K6 Durante el fin de semana, ¿toma siestas regulares?

SU6

Sí 1

¿Cuántos días de la semana?

SU6A

Anote la cantidad de días de la semana

Las siestas duran:

SU6_1

menos de 1/2 hora 1

entre 1/2 y 1 hora 2

entre 1 y 2 horas 3

más de 2 horas 4

No 2

No corresponde 98

NS / NC 99

K7 ¿Cuánto sueño diario crees que {niño/a} necesita?

SU7

Anote la cantidad de tiempo SU7_1 SU7_2

L - ALIMENTACIÓN

L1 Mientras come {niño/a}, ¿habitualmente se mira la televisión, tablet, computadora o celular?

AL2

Sí 1

No 2

NS / NC 89

L2 ¿Habitualmente {niño/a} come acompañado?

AL16

Sí 1

No 2

NS / NC 89

L3 ¿Habitualmente {niño/a} y su familia comparten todos juntos alguna de las comidas del día?

AL16_1

Sí 1

No 2

NS / NC 89

L4 ¿Cuáles comidas hace {niño/a} en el día en un día típico? No leer las opciones, ayudar recordando: en la mañana, en la tarde...

AL18

Sí No NS/NC

Desayuno AL18_1 1 2 99

Almuerzo AL18_2 1 2 99

Merienda AL18_3 1 2 99

Cena AL18_4 1 2 99

Comidas entre horas AL18_5 1 2 99

Anote la cantidad entre comidas en el día AL18_5_1

L5 ¿Qué bebe {niño/a} mayoritariamente cuando tiene sed? Respuesta espontánea, no leer las opciones. Marque solo 1 opción. Si no especifica "con azúcar", "con edulcorante" o "sin edulzante agregado" pedirle que especifique cuál de las 3 opciones y marque la que corresponde.

AL11_NV

Agua de la canilla 1

Agua embotellada 2

Jugo de fruta en base a agua envasado con azúcar 3

Jugo de fruta en base a agua envasado con edulcorante 4

Jugo de fruta en base a agua envasado sin edulzante agregado 5

Jugo en polvo preparado con azúcar 6

Jugo en polvo preparado con edulcorante 7

Jugo en polvo preparado sin edulzante agregado 8

Refrescos / aguas saborizadas con azúcar 9

Refrescos / aguas saborizadas con edulcorante 10

Refrescos / aguas saborizadas sin edulzante agregado 11

Jugo natural de frutas elaborado en casa (exprimido/licuado) con azúcar .. 12

Jugo natural de frutas elaborado en casa (exprimido/licuado) con edulcorante 13

Jugo natural de frutas elaborado en casa (exprimido/licuado) sin

edulzante agregado 14

Jugo en base a soja con azúcar 15

Jugo en base a soja con edulcorante 16

Jugo en base a soja sin edulzante agregado 17

El cuestionario continua en la siguiente carilla.

L7 Solo para quienes concurren a un centro educativo [preg. F1 = 1]. ¿El día de ayer que llevó {niño/a} o le dieron de merienda en el centro educativo al que concurre?

AL1_NE	Sí	No
Fruta o jugo de fruta 100% natural AL1_NE1	1	2
Frutos secos y semillas (maní, girasol, almendras, nueces) AL1_NE2	1	2
Snacks (papas fritas, nachos, etc.) AL1_NE3	1	2
Leche, yogur y queso AL1_NE4	1	2
Golosinas (caramelos, chupetines, chiclets, gomitas de gelatinas, pastillas) AL1_NE5	1	2
Refuerzos o sándwiches AL1_NE6	1	2
Bizcochuelos, tortas caseras, galletitas no rellenas AL1_NE7	1	2
Alfajores, galletitas rellenas o bizcochos y productos de repostería AL1_NE8	1	2
Galletitas caseras o scones (elaborados con aceite) AL1_NE9	1	2
Cereales de desayuno o barritas de cereales AL1_NE10	1	2
Refrescos, jugos envasados/en polvo preparados o aguas saborizadas AL1_NE11	1	2
Jugo de soja AL1_NE12	1	2
Postres lácteos envasados o caseros y leche saborizadas AL1_NE13	1	2

L8 ¿La merienda que comió {niño/a} en el día de ayer?

AL13		
La compró ({niño/a} llevó dinero)	1	
Llevó comida desde su casa	2	
Se la brindaron en el centro educativo	3	

L9 En el día de ayer, ¿consumió {niño/a} algún alimento de cada uno de estos grupos que le voy a nombrar?

AL3	Sí	No	NS/NC
1 verduras (no papas, ni boniatos), legumbres (porotos, lentejas, etc.) AL3_1	1	2	99
2 caldos, sopas instantáneas y aderezos AL3_2	1	2	99
3 frutas AL3_3	1	2	99
4 panes y harinas, galletas saladas, pasta, arroz, papa, boniato AL3_4	1	2	99
5 alfajores y galletitas rellenas (industrializados) AL3_5	1	2	99
6 preparaciones de papas (noisettes, prefritas, croquetas, puré envasado) AL3_6	1	2	99
7 leche, yogur y quesos AL3_7	1	2	99
8 postres, lácteos envasados y leche saborizadas AL3_8	1	2	99
9 helados, golosinas AL3_9	1	2	99
10 bizcochos y otros productos de panadería AL3_10	1	2	99
11 snacks (papas, pali chips, chizitos, doritos, etc.) AL3_11	1	2	99
12 carnes, pescados y huevos AL3_12	1	2	99
13 nuggets, panchos, hamburguesas y fiambres AL3_13	1	2	99
14 aceite crudos, semillas y frutos secos AL3_14	1	2	99
15 azúcar, dulces (mermeladas, miel, dulce de membrillo, dulce de leche) AL3_15	1	2	99
16 refrescos, jugos envasados, jugos en polvos, aguas saborizadas AL3_16	1	2	99
17 bebidas energizantes (Red bull, Dark dog, Speed, etc.) AL3_17	1	2	99

M - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Ahora voy a tomarle las medidas y el peso a {niño/a}.

M1 Peso.

MA1		
Medida 1 peso kg	MA1_1	
Medida 2 peso kg	MA1_2	
Medida 3 peso kg	MA1_3	

M2 Medida.

MA2		
Medida 1 talla cm	MA2_1	
Medida 2 talla cm	MA2_2	
Medida 3 talla cm	MA2_3	

M3 ¿Tiene el carné de salud de {niño/a}?

MA8		
Sí	1	
No	2	pase al módulo J
NS / NC	89	

M4 ¿Puedo verlo?

MA9		
Sí	1	
Último control de salud		
Anote la fecha	MA10_C	
Anote el peso en kg	MA10_1	
Anote la talla en cm	MA10_2	
Anote la presión arterial mmHg	MA10_3	
Anote el percentil de cintura	MA10_4	
No	2	
No lo encuentra	3	

N - PRÁCTICAS DE CRIANZA

N1 ¿En el día de ayer usted o algún adulto del hogar realizó actividades recreativas con {niño/a}?

PC21		
Sí	1	

¿Cuáles de las siguientes actividades?

PC21_1	Sí	No	NS/NC
Cantar canciones, escuchar o hacer música, jugar videojuegos o juegos en línea PC21_2	1	2	99
Jugar juegos de mesa o realizar actividades de expresión (arte, pintura, plástica) PC21_3	1	2	99
Realizar actividades recreativas fuera del hogar (paseos, jugar o hacer deportes al aire libre) PC21_4	1	2	99
Apoyar a {niño/a} con las tareas domiciliarias del centro educativo (escuela, colegio, liceo, UTU, etc.) PC21_5	1	2	99
Mirar dibujos animados, series o películas PC21_6	1	2	99
Otras actividades PC21_7	1	2	99
No	2		
NS / NC	99		

Ñ - ACTIVIDAD FÍSICA

Ñ1 ¿{niño/a} realiza actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución?

AF1
Sí 1
No 2 pase a preg. Ñ4

Ñ2 ¿Cuántas veces a la semana realiza actividad física?

AF3
Anote cantidad de días a las semana

Ñ3 ¿Cuánto tiempo por semana dedica a realizar actividad física en un club, gimnasio, centro educativo u otra institución?

AF4
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

Ñ4 ¿Realiza actividades como saltar, jugar con pelota, andar en bicicleta o patinar en su casa, parques, plazas, calles, etc.?

AF5
Sí 1

¿Cuántas veces a la semana realiza estas actividades?

AF6
Anote cantidad de días a las semana

¿Cuánto tiempo por semana dedica a realizar estas actividades?

AF7
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

No 2

NS/NC 99

O - OCIO Y TIEMPO LIBRE

O1 Fuera del horario escolar, ¿{niño/a} realiza alguna de las siguientes actividades?

OTL1
1 Mirar televisión (ver videos o series, escuchar música)
OTL1_1
Sí 1

Entre semana, ¿cuántos días?

OTL1_2_1
Anote la cantidad de días entre semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_2_2
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

¿Cuántos días por fin de semana?

OTL1_2_3
Anote la cantidad de días por fin de semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_2_4
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

No 2

2 Utilizar el celular o tablet para ver videos o series, escuchar música, hacer actividades didácticas o pedagógicas (excluyendo jugar a videojuegos).

OTL1_2
Sí 1

Entre semana, ¿cuántos días?

OTL1_3_1
Anote la cantidad de días entre semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_3_2
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

¿Cuántos días por fin de semana?

OTL1_3_3
Anote la cantidad de días por fin de semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_3_4
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

No 2

3 Jugar a videojuegos, computadora (tablet/celular)

OTL1_3
Sí 1

Entre semana, ¿cuántos días?

OTL1_4_1
Anote la cantidad de días entre semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_4_2
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

¿Cuántos días por fin de semana?

OTL1_4_3
Anote la cantidad de días por fin de semana

¿Cuántas horas por día?

OTL1_4_4
Menos de 1 hora 1
Entre 1 y 2 horas 2
Entre 3 y 5 horas 3
Entre 6 y 8 horas 4
Más de 8 horas 5

No 2

O2 ¿{niño/a} realiza estas actividades durante la noche (desde las 20 horas en adelante)?

OTL_A
Sí 1

No 2

P - DISCIPLINA

P1 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 usted me diga si usted o alguien más del hogar ha usado estos métodos con {niño/a} en el mes pasado.

PC1_NE

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 Lo/a 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 lo entretuvo con otra cosa.

PC1_NE_5

Sí 1

No 2

NS / NC 99

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

PC1_NE_6

Sí 1

No 2

NS / NC 99

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

PC1_NE_7

Sí 1

No 2

NS / NC 99

8 Lo/la llamó tonto/a, perezoso/a o lo insultó.

PC1_NE_8

Sí 1

No 2

NS / NC 99

9 Lo/la 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 Lo/la 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 un niño/una niña, él/ella debe ser castigado físicamente?

PC1_NE_12

Sí 1

No 2

NS / NC 99

OBSERVACIONES



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