



---

# **ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2011-2012**

## ***CUESTIONARIO DE MENORES***

**Entrevistador/a, léale al informante:** “Las siguientes preguntas conciernen únicamente al niño seleccionado, es decir, a:

Nombre apellido1 apellido2 (del menor seleccionado)

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_ años”

Número de orden: \_\_

## IDENTIFICACIÓN DEL PROXY

**Informante\_1. ¿Es miembro del hogar el informante?**

- Sí \_\_\_\_\_  1 → Listado de adultos del hogar desplegable: | \_ / → Ir a INFORMANTE\_5
- No \_\_\_\_\_  6

Si la respuesta es “SÍ” aparecerá un listado de personas adultas del hogar para poder seleccionar al informante.

**Informante\_2. Nombre del informante:** \_\_\_\_\_

**Informante\_3. Edad del informante:** \_\_\_

**Informante\_4. Sexo del informante:**

- 1 Hombre     2 Mujer

**Informante\_5. ¿Cuál es la relación del informante con el/la menor seleccionado/a?**

- Padre/madre \_\_\_\_\_  1
- Tutor/a \_\_\_\_\_  2
- Hermano/a \_\_\_\_\_  3
- Abuelo/a \_\_\_\_\_  4
- Otros familiares \_\_\_\_\_  5
- Servicios sociales \_\_\_\_\_  6
- Otra relación \_\_\_\_\_  7

## A.- NACIONALIDAD DEL MENOR SELECCIONADO

**Introducción P.1:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle unas preguntas sobre la nacionalidad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

**1- ¿Cuál es el país de nacimiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- España \_\_\_\_\_  1
- Extranjero \_\_\_\_\_  2 → 1b-
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**2- ¿Y cuál es la nacionalidad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- Española \_\_\_\_\_
- Extranjera \_\_\_\_\_  → 2b-
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.2:** Se admite respuesta múltiple.

### Flujos

Una vez cumplimentada la Pregunta 2, si en la Pregunta 1 se contestó “España” se pasará directamente a la Pregunta 4. En otro caso, se continuará con la Pregunta 3.

**3- ¿Cuántos años lleva residiendo en España?**

Nº de años    NS  98 NC  99

## MÓDULO DEL ESTADO DE SALUD

### B.- ESTADO DE SALUD Y MORBILIDAD CRÓNICA

**Introducción P.4:** Entrevistador/a, léale al informante: “Vamos a comenzar hablando de la salud de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

4- En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

**Nota P.4:** No se leen las opciones.

- Muy bueno \_\_\_\_\_  1
- Bueno \_\_\_\_\_  2
- Regular \_\_\_\_\_  3
- Malo \_\_\_\_\_  4
- Muy malo \_\_\_\_\_  5

5a- A continuación le voy a leer una lista de enfermedades o problemas de salud. Dígame si padece o ha padecido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna vez alguna de ellas.

**Nota P.5a:** Entrevistador/a, léale al informante las enfermedades que se relacionan una a una anotando la respuesta que proceda.

#### Flujos

Si P.5a = 1 para una enfermedad → Ir a P.5b y P.5c de esa enfermedad

Si P.5a = 6, 8 ó 9 para una enfermedad → Ir a P.5a de la siguiente enfermedad

5b- ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?

5c- ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?

	5.a ¿Alguna vez ha padecido ...?	5.b ¿La ha padecido en los últimos 12 meses?	5.c ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?
1. Alergia crónica (asma alérgica excluida)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Diabetes	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Epilepsia	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Trastornos mentales (depresión, ansiedad, ...)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
8. Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
9. ¿Ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)		
9.1. Enfermedad 1: .....		<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
9.2. Enfermedad 2: .....		<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS(8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

6- Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) limitado/a debido a un problema de salud para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

- Gravemente limitado/a \_\_\_\_\_  1
- Limitado/a, pero no gravemente \_\_\_\_\_  2
- Nada limitado/a \_\_\_\_\_  3 → Ir a P.8
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.8
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.8

7- ¿Qué tipo de problema es la causa de su dificultad para realizar las actividades que los/las niños/as habitualmente hacen?

- Físico \_\_\_\_\_  1
- Mental \_\_\_\_\_  2
- Ambos \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

### C.- ACCIDENTALIDAD (últimos 12 meses)

**Introducción P.8:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a preguntarle si \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha sufrido algún tipo de accidente, sus consecuencias y su tratamiento en los últimos doce meses”.

8- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.12

**9- Y refiriéndonos, en concreto, al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos doce meses), ¿dónde tuvo lugar?**

- En casa, escaleras, portal, etc. \_\_\_\_\_  1
- Accidentes de tráfico en calle o carretera \_\_\_\_\_  2
- En la calle, pero no fue un accidente de tráfico \_\_\_\_\_  3
- En el lugar de estudio, colegio, guardería \_\_\_\_\_  4
- En una instalación deportiva, zona recreativa o de ocio \_\_\_\_\_  5
- En otro lugar \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**10- ¿Consultó con algún profesional sanitario, acudió a un centro de urgencias o ingresó en un hospital a consecuencia de este accidente?**

- Ingresó en un hospital \_\_\_\_\_  1
- Acudió a un centro de urgencias \_\_\_\_\_  2
- Consultó a un médico o enfermero/a \_\_\_\_\_  3
- No realizó ninguna consulta \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**Nota P.10:** Entrevistador/a, en caso de haber acudido a más de un servicio sanitario, anote la respuesta colocada en lugar superior.

**11- ¿Qué efecto o daño le produjo a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) este accidente?**

- Contusiones, hematomas, esguinces-luxaciones o heridas superficiales \_\_\_\_\_
- Fracturas o heridas profundas \_\_\_\_\_
- Envenenamiento o intoxicación \_\_\_\_\_
- Quemaduras \_\_\_\_\_
- Otros efectos \_\_\_\_\_
- No le produjo daños \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.11:** Entrevistador/a, anote dos respuestas como máximo (aquéllas que el informante considere más importantes).

## D.- RESTRICCIÓN DE LA ACTIVIDAD (últimas 2 semanas)

**Introducción P.12:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a preguntar sobre restricciones en las actividades habituales de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las dos últimas semanas, es decir, desde \_\_\_\_\_ (indicar el día que corresponde con dos semanas menos) hasta ayer”.

12- Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al menos la mitad de un día por alguno o varios dolores o síntomas?

- Sí \_\_\_\_\_  1 → 12b- ¿Cuántos días?   NS  98 NC  99
- No \_\_\_\_\_  6

**Nota P.12:** Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales ha sido la mitad de un día anote 01.

13- Durante las últimas dos semanas, ¿se ha visto obligado/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud? (Si ha estado hospitalizado/a considere también los días pasados en el hospital)

- Sí \_\_\_\_\_  1 → 13b- ¿Cuántos días?   NS  98 NC  99
- No \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**Nota P.13:** Entrevistador/a, si el tiempo que ha tenido que permanecer en cama ha sido la mitad de un día anote 01.

### Flujos

Si el menor seleccionado tiene menos de 4 años, se pasa directamente a la Pregunta 16 (Módulo de utilización de servicios sanitarios)

Si tiene 4 o más años pero menos de 8 años, se pasa directamente a la Pregunta 15 (Apartado F de salud mental)

Si tiene 8 años o más, se pasa a la Pregunta 14 (Apartado E de calidad de vida)



## E.- CALIDAD DE VIDA (últimos 7 días)

**Introducción P.14:** Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en los últimos siete días. Por favor, conteste a las preguntas pensando en qué contestaría \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado).”

**14.1-** Durante los últimos siete días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido bien y en forma?

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.2-** Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido lleno/a de energía?

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.3- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido triste?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.4- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha sentido solo/a?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.5- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha tenido suficiente tiempo para él/ella?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.6- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.7- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) se ha divertido con sus amigos?**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**14.8- Durante los últimos 7 días, ¿a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) le ha ido bien en el colegio? Si no va a clase en estos días, piense en la última semana que haya ido al colegio.**

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

14.9- Durante los últimos 7 días, ¿\_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha podido prestar atención?

- Nada \_\_\_\_\_  1
- Un poco \_\_\_\_\_  2
- Moderadamente \_\_\_\_\_  3
- Mucho \_\_\_\_\_  4
- Muchísimo \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

### F.- SALUD MENTAL (últimos 6 meses)

Este apartado va dirigido a los niños de 4 y más años

15- A continuación le voy a leer una serie de frases que pueden describir las capacidades y dificultades de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). Después de cada frase, dígame si *No es cierto*, si es *Un tanto cierto* o *Absolutamente cierto*, dependiendo de cómo se ajusta al comportamiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). Por favor, responda basándose en el comportamiento de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) durante los últimos seis meses.

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto	No sabe	No contesta
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input checked="" type="radio"/> (8)	<input checked="" type="radio"/> (9)
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input checked="" type="radio"/> (8)	<input checked="" type="radio"/> (9)
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input checked="" type="radio"/> (8)	<input checked="" type="radio"/> (9)
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices	<input type="radio"/> (1)	<input type="radio"/> (2)	<input type="radio"/> (3)	<input checked="" type="radio"/> (8)	<input checked="" type="radio"/> (9)

1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas
4. Comparte frecuentemente con otros niños chucherías, juguetes, lápices
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a
11. Tiene por lo menos un buen amigo
12. Pelea con frecuencia con otros niños o se mete con ellos
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a
14. Por lo general cae bien a los otros niños
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a
17. Trata bien a los niños más pequeños
18. A menudo miente o engaña
19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)
21. Piensa las cosas antes de hacerlas
22. Roba en casa, en la escuela o en otros sitios
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración

## MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA

### G.- CONSULTAS MÉDICAS

**Introducción1 P.16:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle preguntas sobre la utilización de los diferentes servicios sanitarios por parte de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

**Introducción2 P.16:** Entrevistador/a, léale al informante: “Para empezar, quisiera conocer las consultas médicas que ha realizado \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

16- ¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica (personalmente o por teléfono) por última vez, por algún problema, molestia o enfermedad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

(No incluya las consultas de estomatología o dentista ni la realización de pruebas diagnósticas como radiografías, análisis, etc., ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones)

- Hace cuatro semanas o menos  1
- Hace más de cuatro semanas y menos de un año \_\_\_\_\_  2 → 16b1- ¿Cuántos meses?  NS  98 → Ir a P.25  
 NC  99
- Hace un año o más \_\_\_\_\_  3 → 16b2- ¿Cuántos años?  NS  98 → Ir a P.25  
 NC  99
- Nunca ha ido al médico \_\_\_\_\_  4 → Ir a P.25

17- En las últimas cuatro semanas, ¿ha consultado con su pediatra de cabecera o médico de familia o general por algún problema, molestia o enfermedad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- Sí \_\_\_\_\_  1 → 17b- ¿Cuántas veces?   NS  98 NC  99
- No \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

18- Y con un especialista, ¿ha consultado en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- Sí \_\_\_\_\_  1 → 18b- ¿Cuántas veces?   NS  98 NC  99
- No \_\_\_\_\_  6
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

### Flujos

Si se obtuvo respuesta afirmativa en las preguntas 17 y 18, se continuará con la pregunta 19; en caso contrario se pasará a la pregunta 20.

19- ¿Cuál era la especialidad del último médico al que consultó?

- Médico de familia o médico general \_\_\_  1
- Pediatra de cabecera \_\_\_\_\_  2
- Otro especialista \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**20- ¿Dónde tuvo lugar la última consulta realizada en estas últimas cuatro semanas?**

- Centro de Salud/Consultorio \_\_\_\_\_  01
- Ambulatorio/Centro de especialidades \_\_\_\_\_  02
- Consulta externa de un hospital \_\_\_\_\_  03
- Servicio de Urgencias no hospitalario \_\_\_\_\_  04 → Ir a P.24
- Servicio de Urgencias de un hospital \_\_\_\_\_  05 → Ir a P.24
- Consulta de médico de una sociedad \_\_\_\_\_  06
- Consulta de médico particular \_\_\_\_\_  07
- Escuela, colegio, instituto \_\_\_\_\_  08
- Domicilio del menor \_\_\_\_\_  09
- Consulta telefónica \_\_\_\_\_  10
- Otro lugar \_\_\_\_\_  11
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

**21- ¿Cuál fue el motivo principal de esta última consulta?**

- Diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud \_\_\_\_\_  1
- Un accidente o agresión \_\_\_\_\_  2
- Control de salud (Programa de atención al niño sano) y/o vacunación \_\_\_  3
- Otros motivos \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**Flujos**

Si no se marca la primera opción, es decir, la respuesta es distinta de “Diagnóstico o revisión de una enfermedad o problema de salud” se pasa directamente a P.24



22- Y esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió cita para consulta?

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

23- Y también esta última vez, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió cita para consulta y el médico vio a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

24- El médico al que acudió en esta última consulta realizada para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) era de:

- Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Sociedad médica \_\_\_\_\_  2
- Consulta privada \_\_\_\_\_  3
- Otros (médico escolar...) \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

25. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha visitado o consultado para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Laboratorio de análisis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Centro o servicio de radiología	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Enfermera (excluyendo las hospitalizaciones, atención domiciliaria, o en un laboratorio médico o centro de radiología)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Psicólogo o psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Logopeda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

26. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿le han realizado a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna de las siguientes pruebas?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Radiografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
TAC o escáner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Ecografía	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

27. Durante los últimos 12 meses, es decir, desde (fecha de hace un año), ¿ha consultado para \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un...?

	Sí	No	No sabe	No contesta
Homeópata	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Acupuntor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Naturista	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Otro profesional de medicina alternativa (osteópata, quiropráctico...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**Introducción P.28:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre la salud dental de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

**28- ¿Cuánto tiempo hace que acudió \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a su dentista, estomatólogo o higienista dental para examen, consejo o tratamiento de problemas de su dentadura o boca?**

- Hace 3 meses o menos \_\_\_\_\_  1 → **28b- ¿Cuántas veces en los últimos 3 meses?**  
     \_\_\_\_\_ NS  98 NC  99
- Hace más de 3 meses y  
   menos de 12 meses \_\_\_\_\_  2
- Hace un año o más \_\_\_\_\_  3
- Nunca ha ido \_\_\_\_\_  4 → Ir a P.31 si el niño tiene menos de un año  
     → Ir a P.32 si el niño tiene un año o más

**29- La última vez que acudió \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado), ¿cuáles de los siguientes tipos de asistencia recibió?**

- |   | <u>SI</u>                  | <u>NO</u>                  | <u>NS</u>                  | <u>NC</u>                  |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Revisión o chequeo _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Limpieza de boca _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Empastes (obturaciones), endodoncias,<br>sello de fisuras _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Extracción de algún diente/muela _____                          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Fundas, puentes u otro tipo de prótesis _____                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Tratamiento de las enfermedades de las<br>encías _____          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Ortodoncia _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Aplicación de flúor _____                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Otro tipo de asistencia _____                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

**30- El dentista, estomatólogo o higienista dental al que consultó \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) esta última vez era de:**

- Sanidad Pública (Seguridad Social, Ayuntamiento, consulta privada financiada por el gobierno autónomo) \_\_\_\_\_  1
- Sociedad médica \_\_\_\_\_  2
- Consulta privada \_\_\_\_\_  3
- Otros \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si el niño tiene un año o más → Ir a P.32

**31- ¿Le ha salido algún diente?**

- Sí \_\_\_\_\_  1 → Ir a P.33
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.33
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.33
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.33

**32- ¿Cuál es el estado de los dientes y muelas de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)?**

- |  | <u>SI</u>                  | <u>NO</u>                  | <u>NS</u>                  | <u>NC</u>                  |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Tiene caries _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Le han extraído dientes/muelas _____                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Tiene dientes/muelas empastados (obturados) o sellados _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Los dientes que tiene están sanos _____                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

## H.- HOSPITALIZACIONES, URGENCIAS Y SEGURO SANITARIO

**Introducción P.33:** Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas tratan sobre posibles ingresos de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en hospitales”.

33- Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido que ingresar \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en un hospital como paciente al menos durante una noche?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.41

**Nota P.33:** Entrevistador/a, incluye ingresos en cama o sillón-cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

34- ¿Cuántas veces ha estado \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) hospitalizado/a en estos últimos doce meses?

Nº de veces |\_\_|  NS  98  NC  99

35- En relación a su último ingreso hospitalario ocurrido en los últimos doce meses, ¿cuántos días estuvo ingresado/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el hospital?

Nº de días |\_\_|  NS  998  NC  999

**Nota P.34:** Mínimo un día.

36- En relación también a este último ingreso hospitalario, ¿cuál fue el motivo del ingreso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el hospital?

- Intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  1
- Estudio médico para diagnóstico \_\_\_\_\_  2
- Tratamiento médico sin intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  3
- Otros motivos \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

37- ¿Estuvo \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en lista de espera por este motivo?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.39
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.39
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.39

38- ¿Cuánto tiempo en meses estuvo \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en lista de espera desde que le dijeron que tenía que ingresar?

Nº de meses     NS  98 NC  99

**Nota P.38:** Entrevistador/a, si el tiempo que estuvo en lista de espera fue menos de un mes anote 00.

39- En relación al último ingreso hospitalario de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado), ¿cuál fue la forma de ingreso?

- A través del servicio de urgencias \_\_\_\_\_  1
- Ingreso ordinario (no por urgencias) \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

40- ¿A cargo de quién corrieron los gastos de su hospitalización?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Mutualidad obligatoria (MUFACE, ISFAS, etc.) \_\_\_\_\_  2
- Sociedad médica privada \_\_\_\_\_  3
- A su propio cargo o de su hogar \_\_\_\_\_  4
- A cargo de otras personas, organismos o instituciones \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

41- Durante los últimos doce meses, ¿ha sido atendido/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) para una intervención, tratamiento o hacerse alguna prueba en un Hospital de día, es decir, permaneciendo en él durante todo o parte del día pero sin tener que pasar allí la noche?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.44
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.44
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.44

**Nota P.41:** Entrevistador/a, incluye ingresos en cama o sillón-cama, no incluye estancias en urgencias ni en observación.

42- ¿Cuántos días ha tenido que acudir \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un Hospital de día, sin tener que pasar la noche, desde el (fecha de hace un año)?

Nº de días | \_ \_ \_ |      NS  998    NC  999

43- ¿Cuál fue el motivo del último ingreso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en el Hospital de día?

- Un tratamiento \_\_\_\_\_  1
- Una intervención quirúrgica \_\_\_\_\_  2
- Otros motivos \_\_\_\_\_  3
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**Introducción P.44:** Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar con la utilización de servicios sanitarios, voy a preguntarle por la posible utilización de los servicios de urgencias por parte de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

44- En estos últimos doce meses, ¿ha tenido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema o enfermedad?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.51

45- Y en total, ¿cuántas veces tuvo que utilizar \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un servicio de urgencias en estos doce meses?

Nº de veces   

NS  98    NC  99

46- ¿Dónde fue atendido/a la última vez?

- En el lugar donde se encontraba (domicilio, lugar de trabajo, etc.)
- En una unidad móvil \_\_\_\_\_
- En un centro o servicio de urgencias \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

Nota P.46: Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

47- La última vez que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que empezó a notarse enfermo/a o sintió que tenía algún problema de salud hasta que se pidió asistencia?

- Días \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- Minutos \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

48- Y también esta última vez que utilizó un servicio de urgencias, ¿cuánto tiempo pasó desde que se pidió asistencia hasta que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) fue atendido/a?

- Minutos \_\_\_\_\_
- Horas \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Nota P.48: Entrevistador/a, si la asistencia fue inmediata anotar 00 en horas y en minutos.



49- Y también esta última vez que utilizó \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) un servicio de urgencias en estos doce últimos meses, ¿qué tipo de servicio utilizó?

- Hospital de la Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_  1
- Centro o servicio de urgencias no hospitalario de la Sanidad Pública (Seguridad Social). Por ejemplo, centro de salud, ambulatorio, etc. \_\_\_\_\_  2 → Ir a P.51
- Sanatorio, hospital o clínica privada \_\_\_\_\_  3 → Ir a P.51
- Servicio privado de urgencias \_\_\_\_\_  4 → Ir a P.51
- Casa de socorro o servicio de urgencias del Ayuntamiento \_\_\_\_\_  5 → Ir a P.51
- Otro tipo de servicio \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.51
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.51
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.51

50- ¿Por qué fue \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a un servicio de urgencias?

- Porque el médico se lo mandó \_\_\_\_\_  1
- Porque usted, sus familiares u otras personas lo consideraron necesario \_\_\_\_\_  2
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

51- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha necesitado asistencia médica y no la ha recibido?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.53
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.53
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.53

52- ¿Cuál ha sido la causa principal por la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) no ha recibido esa asistencia?

**Nota P.52:** Entrevistador/a, no debe leer al informante las alternativas de respuesta sino señalar aquélla que le facilite espontáneamente, siempre que coincida con alguna de las incluidas en las opciones 1 a 6. Si la respuesta no coincide con ninguna de estas opciones, señale la alternativa 7 - "Otras razones".

- No me lo podía permitir (demasiado caro o no cubierto por el seguro) \_\_\_\_\_  1
- Había que esperar demasiado \_\_\_\_\_  2
- Nadie pudo dejar las obligaciones familiares o laborales y llevar al niño \_\_\_\_\_  3
- Demasiado lejos para viajar/sin medios de transporte \_\_\_\_\_  4
- Miedo al médico/hospitales/exploraciones médicas/tratamiento \_  5
- Quisimos esperar y ver si el problema del niño mejoraba por sí solo \_\_\_\_\_  6
- Otras razones \_\_\_\_\_  7
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

53- ¿Podría decirme ahora, de cuál/cuáles de las siguientes modalidades de seguro sanitario (público y/o privado) es \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) titular o beneficiario/a?

- Sanidad Pública (Seguridad Social) \_\_\_\_\_
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a la Seguridad Social \_\_\_\_\_
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) acogidas a un seguro privado \_\_\_\_\_
- Seguro médico privado, concertado individualmente (sociedades médicas, Colegios Profesionales, etc.) \_\_\_\_\_
- Seguro médico concertado por la empresa \_\_\_\_\_
- No tengo seguro médico \_\_\_\_\_
- Otras situaciones \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.53:** Entrevistador/a, anote como máximo dos respuestas, las que el informante considere prioritarias.

## I.- CONSUMO DE MEDICAMENTOS (últimas 2 semanas)

**Introducción P.54:** Entrevistador/a, léale al informante: “Pasemos al consumo de medicamentos de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las dos últimas semanas”.

**54-** Durante las últimas dos semanas, ¿ha consumido algún medicamento, independientemente de que se lo recetara el médico o no? Por favor, tenga en cuenta también suplementos dietéticos y vitaminas.

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.57

**55-** A continuación voy a leerle una lista de medicamentos, por favor dígame ¿cuál o cuáles de ellos ha consumido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) en las últimas dos semanas y cuáles le fueron recetados por el médico?

**Nota P.55:** Entrevistador/a, léale al informante la lista de medicamentos y pregúntele, para cada uno de ellos, si los ha consumido el niño o no en las últimas dos semanas y, en caso afirmativo, si le fue o no recetado por algún médico. Para cada medicamento que haya consumido debe cumplimentar la columna **Recetado**.

	Consumido				Recetado			
	SI	NO	NS	NC	SI	NO	NS	NC
1. Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2. Medicinas para el dolor _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3. Medicinas para bajar la fiebre _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
4. Reconstituyentes como vitaminas, minerales, tónicos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
5. Laxantes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
6. Antibióticos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
7. Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
8. Medicamentos para el asma _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
9. Medicamentos para la alergia _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
10. Medicinas para la diarrea _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
11. Medicamentos para los vómitos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
12. Medicamentos para la diabetes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
13. Otros medicamentos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

**56-** Por favor, dígame también si \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ha consumido en las últimas dos semanas...

- |                                | SI                         | NO                         | NS                         | NC                         |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| • Productos homeopáticos _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| • Productos naturistas _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

## MÓDULO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

### J.- CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

**Introducción P.57:** Entrevistador/a, léale al informante: “Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre el peso y la talla de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

57- ¿Podría decirme cuánto pesa \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado), aproximadamente, sin zapatos ni ropa?

Peso en kg → | \_ \_ \_ |      NS  998    NC  999

58- ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm → | \_ \_ \_ |      NS  998    NC  999

59- Y, en relación a su estatura, diría que el peso de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) es:

- Bastante mayor de lo normal \_\_\_\_\_  1
- Algo mayor de lo normal \_\_\_\_\_  2
- Normal \_\_\_\_\_  3
- Menor de lo normal \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

## K.- DESCANSO Y EJERCICIO FÍSICO

**Introducción1 P.60:** Entrevistador/a, léale al informante: “Las siguientes preguntas se refieren a hábitos de vida de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) relacionados con la salud”.

**Introducción2 P.60:** Entrevistador/a, continúe leyendo al informante: “Para comenzar le preguntaré sobre los hábitos de descanso y ejercicio físico de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

60- ¿Podría indicarme, aproximadamente, cuántas horas duerme habitualmente \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al día? Incluya las horas de siesta.

Nº de horas diarias | \_ \_ |

61- ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) realiza alguna actividad física en su tiempo libre?

- No hace ejercicio. El tiempo libre lo ocupa de forma casi completamente sedentaria (leer, ver la televisión, ir al cine, etc.) \_\_\_\_\_  1
- Hace alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades recreativas que requieren un ligero esfuerzo, etc.) \_\_\_\_\_  2
- Hace actividad física varias veces al mes (deportes, gimnasia, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.) \_\_\_\_\_  3
- Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

Si el niño es menor de 1 año → Ir a P.64

62- ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) ver la televisión cada día?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	=>	Nº horas diarias (Promedio diario)	<b>No sabe</b>	<b>No contesta</b>
De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	=>		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
En finde semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	=>		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

63- ¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) jugar con videojuegos, ordenador o Internet cada día (incluye redes sociales, Messenger, chats, consolas etc.)?

	Nada o casi nada	Menos de una hora	Una hora o más	=>	Nº horas diarias (Promedio diario)	<b>No sabe</b>	<b>No contesta</b>
De lunes a viernes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	=>		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
En finde semana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	=>		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

Si el niño tiene 5 años o más → Ir a P.70

## L.- ALIMENTACIÓN

**Introducción P.64:** Entrevistador/a, léale al informante: “Para terminar con los hábitos de vida, le voy a hacer unas preguntas sobre los hábitos de alimentación de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

64- ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) lactancia materna durante los primeros meses de su vida?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.68
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.68
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.68

65- ¿Durante cuánto tiempo ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) lactancia materna?

**Nota P.65:** Entrevistador/a, si actualmente se le está dando el pecho, indique su edad actual en meses y días.

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

66- ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) durante algún tiempo leche materna como único alimento y bebida? (Excluye agua, zumos, leches artificiales y cualquier alimento, solo incluye vitaminas, minerales y medicamentos)

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.68
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.68
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.68

**67- ¿Durante cuánto tiempo ha recibido exclusivamente lactancia materna?**

**Nota P.67:** Entrevistador/a, en el caso de lactantes a los que únicamente se les ha dado el pecho, indíquese su edad actual en meses y días.

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

**68- ¿Ha recibido \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) durante algún tiempo lactancia artificial?**

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.70 si el niño tiene 1 año o más  
→ Ir a P.77 si el niño tiene menos de un año
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.70 si el niño tiene 1 año o más  
→ Ir a P.77 si el niño tiene menos de un año
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.70 si el niño tiene 1 año o más  
→ Ir a P.77 si el niño tiene menos de un año

**69- ¿A qué edad ha comenzado con la lactancia artificial?**

- Meses \_\_\_\_\_
- Días \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_  98
- No contesta \_\_\_\_\_  99

Ir a P.70 si el niño tiene 1 año o más  
Ir a P.77 si el niño tiene menos de un año



**70- ¿Dónde desayuna \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) habitualmente?**

- En casa, antes de salir \_\_\_\_\_  1
- Fuera de casa \_\_\_\_\_  2
- No suele desayunar \_\_\_\_\_  3 → Ir a P.72

**71- ¿Qué desayuna \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) habitualmente?**

- Café, leche, té, chocolate, cacao, yogur, etc. \_\_\_\_\_
- Pan, tostadas, galletas, cereales, bollería, etc. \_\_\_\_\_
- Fruta y/o zumo \_\_\_\_\_
- Alimentos como huevos, queso, jamón, etc. \_\_\_\_\_
- Otro tipo de alimentos \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.71:** Entrevistador/a, se admite respuesta múltiple.

**72- ¿Con qué frecuencia consume \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) los siguientes alimentos?**

	Frecuencias de consumo					No sabe	No contesta
	A diario	Tres o más veces a la semana, pero no a diario	Una o dos veces a la semana	Menos de una vez a la semana	Nunca o casi nunca		
<b>Alimentos</b>							
Fruta fresca (excluyendo zumos) _____	<input type="checkbox"/> 1 N° [ ] [ ]	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Huevos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pescado _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pasta, arroz, patatas _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Pan, cereales _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Verduras, ensaladas y hortalizas _____	<input type="checkbox"/> 1 N° [ ] [ ]	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Legumbres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Embutidos y fiambres _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Productos lácteos (leche, queso, yogur) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Dulces (galletas, bollería, mermeladas, cereales con azúcar, caramelos, etc.) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Refrescos con azúcar _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Aperitivos o comidas saladas de picar (patatas fritas, ganchitos, galletitas saladas) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
Zumo natural de frutas o verduras _____	<input type="checkbox"/> 1 N° [ ] [ ]	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

73- En el momento actual, ¿sigue \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) alguna dieta o régimen especial?

- Sí \_\_\_\_\_  1
- No \_\_\_\_\_  6 → Ir a P.77 si el niño tiene menos de 3 años  
→ Ir a P.75 si el niño tiene 3 años o más
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.77 si el niño tiene menos de 3 años  
→ Ir a P.75 si el niño tiene 3 años o más
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.77 si el niño tiene menos de 3 años  
→ Ir a P.75 si el niño tiene 3 años o más

74- ¿Cuál es la razón principal por la que \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) sigue esta dieta o régimen especial?

- Para perder peso \_\_\_\_\_  1
- Para mantener su peso actual \_\_\_\_\_  2
- Para vivir más saludablemente \_\_\_\_\_  3
- Por una enfermedad o problema de salud \_\_\_\_\_  4
- Por otra razón \_\_\_\_\_  5
- No sabe \_\_\_\_\_  5
- No contesta \_\_\_\_\_  5

Ir a P.77 si el niño tiene menos de 3 años

## M.- HIGIENE DENTAL

**Introducción P.75:** Entrevistador/a, léale al informante: “A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre prácticas preventivas relacionadas con la salud de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado)”.

**Nota P.75:** Entrevistador/a, se considera que un niño se ha cepillado los dientes tanto si la limpieza dental la realiza únicamente el menor como si un adulto la completa o ayuda a completar.

**75- Ahora le voy a preguntar sobre la higiene dental de \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado). ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes habitualmente?**

- Ocasionalmente, no todos los días \_\_\_\_\_  1 → Ir a P.77
- Nunca \_\_\_\_\_  2 → Ir a P.77
- Una vez al día \_\_\_\_\_  3
- Dos veces al día \_\_\_\_\_  4
- Tres o más veces al día \_\_\_\_\_  5 → Ir a P.77
- No sabe \_\_\_\_\_  8 → Ir a P.77
- No contesta \_\_\_\_\_  9 → Ir a P.77

**76- ¿Y en qué momento del día acostumbra \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) a cepillarse los dientes?**

- Por la mañana \_\_\_\_\_
- Después de comer \_\_\_\_\_
- Por la noche \_\_\_\_\_
- No sabe \_\_\_\_\_
- No contesta \_\_\_\_\_

**Nota P.76:** Entrevistador/a, puede señalar 2 opciones como máximo.

## N.- EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

**Introducción P.77:** Entrevistador/a, léale al informante: “Y las últimas preguntas se refieren a la exposición del menor al humo del tabaco”.

**77- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al humo del tabaco dentro de su casa?**

- Nunca o casi nunca \_\_\_\_\_  1
- Menos de 1 hora al día \_\_\_\_\_  2
- Entre 1 y 5 horas al día \_\_\_\_\_  3
- Más de 5 horas al día \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**78- ¿Con qué frecuencia está expuesto/a \_\_\_\_\_ (Nombre del niño seleccionado) al humo del tabaco en medios de transporte y lugares públicos cerrados (como bares, restaurantes, centros comerciales, transporte público, etc.)?**

- Nunca o casi nunca \_\_\_\_\_  1
- Menos de 1 hora al día \_\_\_\_\_  2
- Entre 1 y 5 horas al día \_\_\_\_\_  3
- Más de 5 horas al día \_\_\_\_\_  4
- No sabe \_\_\_\_\_  8
- No contesta \_\_\_\_\_  9

**79- Nota final**

Entrevistador/a, anote las observaciones que considere oportunas al final de este cuestionario.

**Observaciones**

.....

.....

.....

.....

**FIN DEL CUESTIONARIO DE MENORES**