

## **CUESTIONARIO**

Obesidad Infantil: factores cognitivos facilitadores y limitantes para el desarrollo de intervenciones de prevención (2013)

Autora Dra. Ethel Alderete

Proyecto financiado por Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

Institución ejecutora: Instituto de Ciencia y Tecnología Regional (ICTER), Jujuy, Argentina

Cita sugerida:

Alderete E. (ANEXO) Cuestionario Obesidad Infantil: factores cognitivos facilitadores y limitantes para el desarrollo de intervenciones de prevención. En Monteban M. Inseguridad alimentaria y obesidad en madres del noroeste Argentino. Estudio local en contexto global. Rev Argent Salud Pública. 2020;12:e26

Fecha: ..... / ..... / .....  
Día Mes Año

HORA DE INICIO

N° de Cuestionario

Provincia:.....

Localidad:.....

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD (CAPS, UPA, POSTA, CIC ETC.).....

## ENCUESTA SOBRE ALIMENTACION

**ESTIMADA MAMÁ, DESDE EL CENTRO DE SALUD QUEREMOS HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS PARA AYUDARLA A DARLE A SUS HIJOS UNA ALIMENTACION SALUDABLE**

1. En el día de hoy, Usted trae a su niño/a al centro de salud por:

Control de niño sano	<input type="checkbox"/>	1
Porque está enfermo	<input type="checkbox"/>	2
Para recibir leche	<input type="checkbox"/>	3
Por otra razón	<input type="checkbox"/>	4

Cual?.....

2. De qué programas de salud materno infantil participa:

SUMAR/NACER	<input type="checkbox"/>	1
REMIAR	<input type="checkbox"/>	2
OTROS	<input type="checkbox"/>	3

¿Cuál?.....

2a. Actualmente Usted,

Recibe asignación universal por alguno de sus hijos    Sí  1                      No  5

Tiene tarjeta Alimentaria    Sí  1                      No  5

Recibe bolsón alimentario    Sí  1                      No  5

Otra ayuda alimentaria    Sí  1                      No  5

Cual?.....

### Datos demográficos de la madre

3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ..... / ..... / .....  
Día Mes Año

4. ¿Qué edad tiene Ud. actualmente?  Años

5. ¿Dónde nació Usted?

Localidad:.....

Provincia:.....

País:.....

6. ¿Qué nivel escolar alcanzó Usted?

Nunca asistió a la escuela	<input type="checkbox"/>	1
Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	2
Primaria Completa	<input type="checkbox"/>	3
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	4
Secundaria Completa	<input type="checkbox"/>	5
Carrera Técnica o Terciaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	6
Carrera Técnica o Terciaria Completa	<input type="checkbox"/>	7
Carrera Universitaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	8
Carrera Universitaria Completa	<input type="checkbox"/>	9

7. ¿Actualmente, cuál es su situación laboral?

Trabajando	<input type="checkbox"/>	1
Ama de casa	<input type="checkbox"/>	2
Jubilada	<input type="checkbox"/>	3
Estudiando	<input type="checkbox"/>	4
Trabajo informal	<input type="checkbox"/>	5
Desocupada	<input type="checkbox"/>	6
Otro	<input type="checkbox"/>	7

8. ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	<input type="checkbox"/>	1
Casada	<input type="checkbox"/>	2
En pareja	<input type="checkbox"/>	3
Separada	<input type="checkbox"/>	4
Divorciada	<input type="checkbox"/>	5
Viuda	<input type="checkbox"/>	6

9. ¿Cuál es su raza, origen, o de qué descendencia es Ud.?

Aborígen, Originario o nativo de América (Aborígenes son los descendientes de las personas que vivían en el continente Americano antes de la llegada de Colón)  
 Europea  
 Mezcla de Europeo y Aborígen  
 Árabe (por ejemplo Sirio o Libanés)  
 Otro origen o raza:  
 ¿Cuál? .....

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

**(SI MARCA LAS "OPCIONES" 2, 4 ó 5 PASE A PREGUNTA 12)**

10. ¿A qué grupo aborígen, originario o nativo pertenece Ud.?

Calchaquí	<input type="checkbox"/>	1
Kolla	<input type="checkbox"/>	2
Quechua	<input type="checkbox"/>	3
Aymara	<input type="checkbox"/>	4
Guaraní	<input type="checkbox"/>	5
Wichí	<input type="checkbox"/>	6
Mataco	<input type="checkbox"/>	7
Ningún grupo originario	<input type="checkbox"/>	8
Otro grupo originario	<input type="checkbox"/>	9

¿Cuál? .....

11. ¿Ud. o alguien de su familia sabe algún idioma originario aunque sea un poquito?

Quechua	<input type="checkbox"/>	1
Aymara	<input type="checkbox"/>	2
Guaraní	<input type="checkbox"/>	3
Ningún idioma originario	<input type="checkbox"/>	4
Otro idioma originario	<input type="checkbox"/>	5

¿Cuál? .....

## Salud de la madre

12. En comparación a personas de su misma edad, Usted piensa que su salud es:

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala

### DATOS ANTROPOMETRICOS DE LA MADRE

13. ¿Cuánto pesa Usted actualmente?..... kg

14. Ahora quisiéramos tomar algunas medidas suyas. Por favor permítanos tomar medidas de su cintura y cadera.

ENTREVISTADOR, MEDIR CON CINTA METRICA

Talla (altura) de la madre <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> cmts.	Circunferencia de cadera <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> cmts.
Circunferencia de cintura <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> cmts.	

15. ¿Algún personal de salud le dijo que USTED tiene?

15.a SOBRE PESO

Sí	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 1	No	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 5
----	---	----	---

15.b OBESIDAD

Sí	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 1	No	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 5
----	---	----	---

16. Con respecto a su peso, Usted

Está tratando de engordar	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 1
Está tratando de adelgazar	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 2
Está tratando de mantener su peso	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 3
No se preocupa por lo que pesa	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 4

17. En la ÚLTIMA SEMANA, ¿Cuántos días hizo ejercicios físicos durante por lo menos 30 minutos? Por ejemplo caminar, correr, andar en bicicleta, ir al gimnasio, hacer algún deporte.

Ningún día	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 1
1 día	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 2
2 días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 3
3 días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 4
4 días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 5
5 días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 6
6 días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 7
Todos los días	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/> 8

## Síntomas de depresión, ansiedad

18. ¿En los últimos 12 meses (un año) se sintió TRISTE **por lo menos durante dos semanas**, y no pudo hacer sus actividades normales o hacer las cosas que tenía que hacer?

Sí, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas  
 No, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas

	1
	5

19. ¿En el último año se sintió más nerviosa o ansiosa que otras personas de su edad?

Sí  1                      No  5

20. En general ¿Es Usted una persona que se enoja, que siente rabia o bronca más que la mayoría de las personas de su edad?

Sí  1                      No  5

21. ¿Ud. ha fumado cigarrillos alguna vez en su vida aunque sea una o dos pitadas?

Sí  1                      No  5

**(SI CONTESTA NO, PASE A PREGUNTA 24)**

22. En los **últimos 30 días (un mes)** en lo que Ud. fumó ¿Cuántos cigarrillos por día ha fumado?

No fumó cigarrillos en los últimos 30 días	<input type="checkbox"/> 1
Menos de 1 cigarrillo	<input type="checkbox"/> 2
1 cigarrillo	<input type="checkbox"/> 3
De 2 a 5 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> 4
De 6 a 10 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> 5
De 11 a 20 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> 6
Más de 20 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/> 7

23. ¿Alguna vez Ud. fumó, aunque sea una pitada, cuando estaba embarazada?

Sí  1                      No  5

24. ¿Cuántas de las personas que viven en su hogar fuman actualmente?

## Datos sobre maternidad

25. Número de hijos

26. Listado de hijos/as entre 0 y 5 años que la mamá LLEVA AL CONTROL ESE DIA

Nombre o sobre nombre	Sexo	Edad

**Si son mas de un niño, el entrevistador seleccionará del listado un/a hijo/a mediante sorteo para el llenado del cuestionario**

27. **NOMBRE Y APELLIDO** del hijo/a seleccionado/a

**NOMBRE**.....

**APELLIDO**.....

27b. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo/a.....? (nombre del hijo/a seleccionado)

...../...../.....  
Día Mes Año

**Información sobre nacimiento del HIJO SELECCIONADO (Utilizar nombre del hijo seleccionado)**

28. ¿Cuántos años tenía Usted cuando nació.....?

29. El embarazo fue:

Normal  
Con algunas complicaciones  
Con muchas complicaciones

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

¿Cuáles? .....

30. ¿Algún médico le dijo que tenía que cuidar su alimentación porque había aumentado mucho de peso durante el embarazo?

Sí  1

No  5

31. Su hijo/a nació:

A término  
Antes de término  
Después de término

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

32. El parto fue:

Normal  
Cesárea

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2

33. ¿Su hijo nació con algún problema de salud?

Sí  1

No  5

¿Cuál? .....

34. Lugar de nacimiento:

En el hogar  
En clínica, hospital  
Otro:

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3

¿Cuál? .....

35. ¿Cuánto pesaba su hijo al nacer?

(ENTREVISTADOR: Verificar con historia clínica o cartilla)

36. ¿Cuánto pesa su hijo actualmente?

37. Comparándolo con los niños/as de la misma edad, Usted piensa que su hijo:

Está gordo/a  
Tiene exceso de peso  
Tiene un peso adecuado  
Está algo delgado/a  
Está muy delgado/a

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

38. Usted quisiera que su hijo:

Pierda peso	<input type="checkbox"/>	1
Se mantenga como está	<input type="checkbox"/>	2
Aumente de peso	<input type="checkbox"/>	3
No le preocupa el peso	<input type="checkbox"/>	4

**DATOS ANTROPOMETRICOS DEL NIÑO/A**

39. A completar por el entrevistador **(CON CARTILLA)**

Talla del niño	<input type="text"/>	cmts	Peso del niño	<input type="text"/>	Kgs/grs
Perímetro cefálico	<input type="text"/>	cmts	Percentil T/E	<input type="text"/>	
Fecha de registro en cartilla	..... /..... /.....		Percentil P/E	<input type="text"/>	
	Día Mes Año				

**Atención de salud (Controles del Hijo)**

40. Hacer los controles de salud de su hijo le resulta:

1- Fácil	2- Algo complicado	3- Muy complicado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**(SI CONTESTA 1, PASE A PREGUNTA 42)**

41. ¿Por qué le resulta complicado?

Por los horarios	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Por el transporte	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Porque trabajo	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Por la distancia	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Porque no tengo con quien dejar a mis hijos	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5

Otra razón ¿Cuál? .....

42. ¿Cuán satisfecha está usted con la atención que recibe, cuando lleva a su hijo a control?

1- Muy satisfecha	2- Algo Satisfecha	4- Nada satisfecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**(SI CONTESTA 1 o 2, PASE A PREGUNTA 44)**

43. ¿Ha tenido algunos de estos problemas en la atención de su hijo/a en los controles?

Hay que esperar mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
El médico no dedica suficiente tiempo	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
El trato del médico no es bueno	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
El trato de otro personal no es bueno	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Falta personal para hacer los controles	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5
Otro	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No	5

¿Cuál? .....

44. ¿Cumplió con todos los controles desde que nació su hijo?

1- Con todos	2- Casi todos	3- Pocos	4- Ninguno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

45. ¿Cómo ha sido la salud de su hijo desde el nacimiento hasta ahora?

1-Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4-Regular	5- Mala
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. ¿Su hijo tiene algún problema que le impida realizar actividades o comportarse como otros niños de su edad?

Sí  1                      No  5

¿Cuál? .....

47. ¿Usted llevó alguna vez a su hijo al dentista?

Si lo lleve  1  
No lo lleve  2  
No, no tiene dientes todavía  3

48. ¿Cuántos años / meses tenía su hijo cuando fue por PRIMERA vez a un dentista?

0 a 6 meses  1  
7 a 12 meses  2  
Entre 1 y 2 años  3  
Entre 3 y 4 años  4  
5 años  5  
Nunca fue al dentista  6

49. ¿Cuántos años/meses tenía cuando vio por ULTIMA vez a un dentista?

0 a 6 meses  1  
7 a 12 meses  2  
Entre 1 y 2 años  3  
Entre 3 y 4 años  4  
5 años  5  
Nunca fue al dentista  6

50. ¿Tiene caries?

No tiene dientes todavía  1  
Sí, tiene caries  2  
No, no tiene caries  3  
No sé si tiene caries  4

51. ¿Alguna vez un personal de salud (médico/enfermera/agente sanitario) le dijo que su hijo tenía problemas de peso?

No nunca  1  
Sí, sobrepeso  2  
Sí, obesidad  3  
Sí, desnutrición  4

**(SI CONTESTA NO, PASE A PREGUNTA 54)**

52. ¿Cuánto tiempo tenía su hijo?

Años  1                      Meses  2



53. ¿Le recomendaron algún tratamiento por este problema de peso?

No ninguno	<input type="checkbox"/>	1
Mejorar la alimentación	<input type="checkbox"/>	2
Ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	3
Otro	<input type="checkbox"/>	4

¿Cuál? .....

**Factores facilitadores para acceso a controles pre y post natales**

54. ¿Cuando tiene alguna duda o pregunta de cómo alimentar a su hijo, con quién prefiere hablar?

Médico	<input type="checkbox"/>	1
Enfermera	<input type="checkbox"/>	2
Alguien de su familia	<input type="checkbox"/>	3
Alguna amiga	<input type="checkbox"/>	4
Curandero o práctico	<input type="checkbox"/>	5
Agente sanitario	<input type="checkbox"/>	6
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	7
Otro	<input type="checkbox"/>	8

¿Cuál? .....

55. ¿Cómo es la comunicación que Ud. tiene?

55.a Con médicos

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay médicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.b Con enfermeras

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay enfermeras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.c Con nutricionistas

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay nutricionistas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.d Con educador para la salud

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay educador para la salud
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.e Con asistente social

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay asistente social
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.f Con agentes sanitarios

1- Excelente	2- Muy buena	3- Buena	4- Regular	5- Mala	6- No hay agentes sanitarios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Seguimiento del hijo (Lactancia y Alimentación)

### Estas preguntas son sobre la alimentación de su hijo

56. ¿Cuánto días luego del nacimiento de su hijo/a .....comenzó a darle de mamar? (usar nombre o sobrenombre del hijo/a)

El mismo día	<input type="text" value="1"/>
Días después del nacimiento	<input type="text" value="2"/>
¿Cuántos días después?.....	

57. Durante la lactancia le dio/da a su hijo/a:

Solamente leche materna	<input type="text" value="1"/>
Solamente formula	<input type="text" value="2"/>
Leche materna y formula	<input type="text" value="3"/>

58. ¿Su hijo/a todavía está lactando?

Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="5"/>
-----------------------------------	-----------------------------------

**(SI CONTESTA SI, PASE A PREGUNTA 60)**

59. ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando dejo de lactar?

59a. Años <input type="text" value="1"/>	59b. Meses <input type="text" value="2"/>
--	---

60. ¿Su hijo/a está comiendo algún alimento sólido (papillas u otros)?

61a. Sí <input type="text" value="1"/>	61b. No <input type="text" value="5"/>
--	--

**(SI CONTESTA que NO, PASE A SECCION B, A CONTINUACION DE LA PREGUNTA 65)**

61. ¿Desde qué edad comenzó a comer algún alimento sólido?

Años <input type="text" value="1"/>	Meses <input type="text" value="2"/>
-------------------------------------	--------------------------------------

62. ¿Su hijo asiste a?

Jardín	<input type="text" value="1"/>
Guardería	<input type="text" value="2"/>
No asiste	<input type="text" value="3"/>

63. ¿Su hijo come alguna comida en?

Guardería	<input type="text" value="1"/>
Jardín o copa de leche	<input type="text" value="2"/>
Solo come en la casa	<input type="text" value="3"/>

64. ¿Cuántos días por semana come en?

64.a Guardería

Ningún día	<input type="text" value="1"/>
1 día	<input type="text" value="2"/>
2 días	<input type="text" value="3"/>
3 días	<input type="text" value="4"/>
4 días	<input type="text" value="5"/>
5 días	<input type="text" value="6"/>
6 días	<input type="text" value="7"/>
Todos los días	<input type="text" value="8"/>

64.b Jardín o copa de leche

Ningún día	<input type="text" value="1"/>
1 día	<input type="text" value="2"/>
2 días	<input type="text" value="3"/>
3 días	<input type="text" value="4"/>
4 días	<input type="text" value="5"/>
5 días	<input type="text" value="6"/>
6 días	<input type="text" value="7"/>
Todos los días	<input type="text" value="8"/>

65. ¿Qué comidas come en guardería, jardín o copa de leche?

Desayuno  
Almuerzo  
Merienda  
Ninguno

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

**TAMIZADO** SI EL HIJO TIENE MAS DE DOS AÑOS PASAR A LA PREGUNTA 67

**Estilos de alimentación del bebé (Para madres de hijos que están amamantando)**

*Estas preguntas son sobre la forma en que toma el pecho o la mamadera su bebé.....*

66. Cuando su bebé toma el pecho o la mamadera:

66.a ¿Está contento?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.b ¿Tiene buen apetito?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.c ¿Se llena muy rápido?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.d ¿Toma la teta o la mamadera muy despacio?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.e ¿Tiene problemas para completar la lactancia?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66.f ¿Si lo dejara, siempre estaría tomando pecho o mamadera?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Estilos de alimentación del hijo (Para madres de hijos que están comiendo alimentos sólidos)**

*Estas preguntas son sobre la forma en que come su hijo.*

67. Cuando SU HIJO/A come la comida:

67.a ¿Tiene buen apetito?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67.b ¿Termina rápido su comida?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67.c ¿Pide mucha BEBIDA?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67.d ¿Come despacio?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.e ¿Come MENOS cuando está enojado?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.f ¿Le gusta probar comidas nuevas?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.g ¿Come MENOS cuando está cansado?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.h ¿Pide mucha comida?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.i ¿Come MAS cuando está molesto?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.j ¿Come MAS cuando está ansioso?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.k ¿Deja comida en el plato?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.l ¿Si lo dejara, estaría comiendo todo el tiempo?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.m ¿Suele estar esperando la hora de comer?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.n ¿Le gusta comer?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

67.o ¿Si lo dejara, estaría tomando bebidas todo el día?

1- Siempre	2- Algunas veces	3- Casi nunca	4-Nunca

68. ¿Quién es la persona que la mayoría de los días prepara la comida para su hijo?

Madre	<input type="text"/>	1
Abuela	<input type="text"/>	2
Tía	<input type="text"/>	3
Otro	<input type="text"/>	4

¿Quién?.....

**Lista de alimentos y cantidad consumidos por el niño el día anterior, en cada comida y entre comidas.**

**Por favor piense en lo que comió su hijo.....en el día de AYER**

**69. ¿Comió ALIMENTOS como,**

69.a Frutas

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69.e Verduras

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69. b Carnes rojas (vaca, cerdo, cordero)

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69.f Harina de trigo, avena (pan, fideo, cereales)

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69. c Carnes blancas (pollo, pescado)

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69.g Arroz

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69. d Legumbres (poroto, lenteja, garbanzo)

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

69. h Maíz, quinua

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

**70. ¿Consumió LÁCTEOS?**

70.a Leche

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

70.b Yogur

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

70. c Queso

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

**71. ¿Comió estos alimentos ENVASADOS?**

71.a ¿Comió chisitos?

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

71.a.a Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="text"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="text"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="text"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="text"/>	4

71.b ¿Comió papas fritas envasadas?

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

71.b.b Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="text"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="text"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="text"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="text"/>	4

71.c. ¿Comió palitos salados?

Sí	<input type="text"/>	1
No	<input type="text"/>	5

71.c.c Si contesta Sí ¿Cuántos comió?

Hasta una bolsa chica	<input type="text"/>	1
Hasta una bolsa mediana	<input type="text"/>	2
Hasta una bolsa grande	<input type="text"/>	3
Más de una bolsa grande	<input type="text"/>	4

71.d Comió otros alimentos envasados

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

¿Cuáles?.....

72. ¿Comió DULCES?

72.a Galletas dulces

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

72.b Caramelos o chupetines

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

72.c Chocolatines, alfajores

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

72.d ¿Comió otros alimentos dulces?

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

¿Cuáles?.....

73. ¿Tomó BEBIDAS?

73.a Gaseosas

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

73.b Jugos en polvo

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

73.c Jugos naturales

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

73.d Agua saborizada

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

73. e Agua

Sí	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	5

72.a.a Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

72.b.b Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

72.c.c Si contesta Sí ¿Cuántas aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73.a.a Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73.b.b Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73.c.c Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73.d.d Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73.e.e Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5	<input type="checkbox"/>	1
Entre 6 y 10	<input type="checkbox"/>	2
Más de 10	<input type="checkbox"/>	3

73. f Té, café, chocolatada

73.f.f Si contesta Sí ¿Cuántos vasos aproximadamente?

Entre 1 y 5  
Entre 6 y 10  
Más de 10

	1
	2
	3

**En cuanto a la alimentación de su hijo, Usted hace algo de lo siguiente,**

74. Pone límite a su hijo para que no consuma dulces y/o comida chatarra

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

75. Controla lo que come su hijo

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

76. Trata de que su hijo sepa qué alimentos son buenos y cuales no son buenos

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

77. Trata de comer comida sana para que su hijo siga su ejemplo

1- Siempre	2- A veces	3- Nunca

**CONTESTAN TODAS LAS MADRES**

**Consumo en el hogar**

**Las siguientes preguntas son sobre la clase de comidas que se comen EN SU HOGAR**

78. ¿Qué bebidas consumen DIARIAMENTE en el hogar? (consumidas por el grupo familiar)

Agua	Sí	1	No	5
Gaseosas	Sí	1	No	5
Jugos en sobre	Sí	1	No	5
Jugos naturales	Sí	1	No	5
Bebidas alcohólicas	Sí	1	No	5

79. ¿Cuántas veces por semana se come en el hogar?:

79. a Comidas al horno o la parrilla como asado, carne al horno, pollo o pescado al horno

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4-Nunca

79. b Comidas con salsa como fideos, ñoquis, ravioles

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4-Nunca

79. c Comidas hervidas como puchero, verduras hervidas, sopas

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4-Nunca

79. d Comidas fritas como milanesas, papas fritas, huevos fritos

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4-Nunca

79. e Locro, picantes, guiso, tamales, humitas, empanadas

1- Todos los días	2- Alguno días	3- Casi nunca	4- Nunca

### Preferencias de Comidas

80. Por favor díganos cuán importante es para usted que la comida que se come en SU HOGAR diariamente sea:

	1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante
80.a Fácil de preparar				
80.b Sea parecida a lo que comía cuando era niña				
80.c Que los ingredientes sean naturales				
80.d No tenga mucha grasa				
80.e Sea rica				
80.f Que no tenga agregados artificiales o químicos				
80.g Huela rico				
80.h Sea barata				

### Conocimiento de la madre a cerca de sobre-peso y obesidad infantil

81. Por favor dígame si usted está de acuerdo o no con las siguientes frases:

81. a El exceso de peso no es problema en la infancia si uno se cuida cuando es adulto	Sí	1	No	5
81. b El exceso de peso puede causar enfermedades del corazón	Sí	1	No	5
81. c El exceso de peso puede causar diabetes	Sí	1	No	5
81. d El exceso de peso puede causar anemia	Sí	1	No	5

### Actitudes de la madre sobre la obesidad infantil

82. ¿Usted piensa que la alimentación de su hijo es?

1- Muy sana	2- Sana	3- Poco sana	4-Nada sana

83. ¿Cuán importante es para usted controlar que su hijo no tenga peso de más?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

84. ¿Cuán importante es para usted controlar que su hijo no tenga bajo peso?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

85. ¿Cuán importante es para usted saber qué alimentos son saludables?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante

86. ¿Cuán importante es para usted saber qué bebidas son saludables?

1- Muy importante	2- Importante	3-Poco importante	4-Nada importante



Por favor díganos si usted está de acuerdo o no con las siguientes frases:

87. Un niño gordito es un niño saludable

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

88. Sí un niño come normalmente, no es importante que haga ejercicio físico para cuidar su salud

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

89. Los niños pueden tomar toda la gaseosa que deseen porque lo que engorda son las comidas

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

90. Si un niño es gordito, siempre lo va a ser sin importar lo que haga

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

91. Los niños pueden ser obesos o gordos porque viene de familia

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

92. Los niños pueden ser obesos o gordos porque comen comida chatarra

1- Muy de acuerdo	2- Algo de acuerdo	4- Nada de acuerdo

93. Por favor dígame si le pasa a usted algunas de estas cosas:

93. a Comprar comida sana y natural es caro

	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1

	No	5
	No	5
	No	5

93. b Cerca de mi casa no hay donde comprar comida sana y natural

93. c Trabajo y no tengo tiempo para dedicarme más a cuidar la alimentación de mis hijos

### Inseguridad alimentaria

94. ¿Cuál de las siguientes frases describe cómo se alimentaron las personas que viven en su hogar, en los últimos 12 meses?:

94. a "Siempre tuvimos suficiente comida y de la clase que queremos"

	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1

	No	5
	No	5
	No	5
	No	5

94. b "Tuvimos suficiente comida pero no siempre la clase de comida que queríamos"

94. c "Algunas veces no tuvimos suficiente comida"

94. d "Muchas veces no tuvimos suficiente comida"

95. Por favor dígame si alguna de estas es una razón por la que USTED algunas veces NO puede comer LA CANTIDAD de comida que quisiera:

95. a "Por falta de dinero para comprar comida"

	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1
	Sí	1

	No	5
	No	5
	No	5
	No	5
	No	5

95. b "Por problemas de salud"

95. c "Por hacer dieta"

95. d "Por falta de combustible para cocinar"

95. e "Por falta de producción en la granja o agricultura del hogar"

96. Por favor dígame si USTED alguna vez no puede comer LA CLASE DE ALIMENTO QUE QUISIERA por alguna de estas razones:

96. a "Por falta de dinero"

96. b "Porque es difícil llegar al lugar donde se vende lo que quisiéramos comer"

96. c "Por estar a dieta"

96. d "Porque lo que queríamos comer no se consigue"

96. e "Porque no se consiguen alimentos sanos o de buena calidad"

<input type="checkbox"/>	Sí	1
<input type="checkbox"/>	Sí	1
<input type="checkbox"/>	Sí	1
<input type="checkbox"/>	Sí	1
<input type="checkbox"/>	Sí	1

<input type="checkbox"/>	No	5
<input type="checkbox"/>	No	5
<input type="checkbox"/>	No	5
<input type="checkbox"/>	No	5
<input type="checkbox"/>	No	5

### Estilo de vida del Niño/a

97. ¿Su hijo/a es activo, juega moviéndose, corre, hace ejercicios?

1- Mucho	2- Poco	3- Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. ¿Para usted qué importancia tiene que los niños en general hagan actividades físicas? (moverse, correr)

1- Mucho	2- Poco	3- Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. ¿En el barrio hay disponibilidad de espacio como plazas parques o polideportivo?

Sí  1                      No  5

100. Generalmente ¿Cuántas horas ve televisión, videos o películas su hijo/a.....? (nombre del hijo)

No ve televisión, videos o películas	<input type="checkbox"/>	1
Menos de 1 hora por día	<input type="checkbox"/>	2
1 hora por día	<input type="checkbox"/>	3
2 horas por día	<input type="checkbox"/>	4
3 horas por día	<input type="checkbox"/>	5
4 horas por día	<input type="checkbox"/>	6
5 o más horas por día	<input type="checkbox"/>	7

101. Generalmente ¿Cuántas horas pasa en los juegos electrónicos su hijo?

No juega a juegos electrónicos	<input type="checkbox"/>	1
Menos de 1 hora por día	<input type="checkbox"/>	2
1 hora por día	<input type="checkbox"/>	3
2 horas por día	<input type="checkbox"/>	4
3 horas por día	<input type="checkbox"/>	5
4 horas por día	<input type="checkbox"/>	6
5 o más horas por día	<input type="checkbox"/>	7

102. ¿Cuántas horas duerme su hijo?:

102.a Durante el día: ..... horas ..... minutos

102.b Durante a la noche: .....horas.....minutos

103. En general ¿A qué hora se acuesta por la noche? .....

### Síntomas de depresión, ansiedad

PREGUNTAR SOLAMENTE SI EL HIJO/A TIENE MAS DE 6 MESES DE EDAD  
SI EL HIJO/A TIENE MENOS DE 6 MESES DE EDAD PASAR A LA PREGUNTA 107

104. ¿En los últimos 12 meses (un año) SU HIJO ..... se sintió TRISTE por lo menos durante dos semanas, y no pudo hacer sus actividades normales o hacer las cosas que tenía que hacer?

Sí, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas  
No, se sintió de esa manera por lo menos durante 2 semanas

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	5

105. Ud. Considera que SU HIJO ¿Es más nervioso o ansioso que otros niños de su edad?

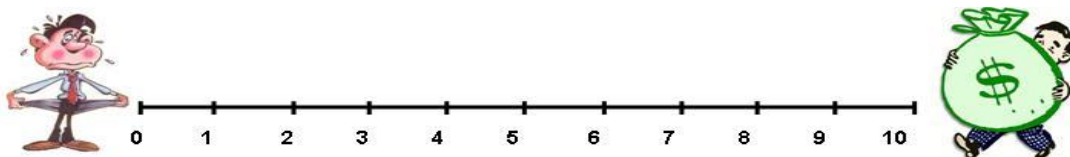
Sí  1 No  5

106. En general ¿SU HIJO se enoja, siente rabia o se enoja más que la mayoría de los niños de su edad?

Sí  1 No  5

**Condición socioeconómica**

107. Esta figura muestra en un extremo a una persona con poco dinero y en el otro una persona con mucho dinero, ¿Ud., en qué número de la escala ubicaría su grupo familiar?



108. Con los ingresos actuales de su hogar, Ud. suele llegar a fin de mes con

1- Mucha Dificultad	2- Dificultad	3- Alguna Dificultad	4- Facilidad	5- Mucha Facilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

109. Por favor MARQUE CON UNA CRUZ cuál de estos números representa el ingreso total de su grupo familiar.

PESOS (\$)			
	DE:	-	A:
1	\$ 1	-	\$ 500
2	\$ 501	-	\$ 1000
3	\$ 1001	-	\$ 3000
4	\$ 3001	-	\$ 7000
5	\$ 7001	-	\$ 15000
6	Más de \$ 15000		

110. Indique si el agua de su vivienda es...

Red Pública (agua corriente)  1  
 Perforación con bomba a motor  2  
 Perforación con bomba manual  3  
 Otra fuente  4  
 ¿Cuál? .....

111. ¿Qué tipo de desagüe tiene su baño?

A red pública (cloaca)  1  
 A cámara séptica y pozo ciego  2  
 A pozo/excavación en la tierra  3  
 No tengo baño instalado  4

112. ¿Su vivienda tiene los siguientes servicios?

Red de gas Sí  1 No  5  
 Recolección de basura Sí  1 No  5

## Motivos de preocupación

113. ¿Ud. cree que las posibilidades de que su HIJO tenga una buena educación son?

1- Excelente	2- Muy Buena	3- Buena	4. Regular	5- Mala

114. ¿Cuán seguro esta Ud. en poder tener una vida mejor en el futuro?

1- Muy Seguro	2- Algo Seguro	3- Nada Seguro

115. ¿Cuán seguro esta Ud. de tener apoyo de su familia o amigos cuando los necesita?

1- Muy Seguro	2- Algo Seguro	3- Nada Seguro

116. Por favor indique cuánto se preocupa Usted por

	1- Mucho	2- Poco	3- Nada
Problemas familiares			
Problemas en el Trabajo			
Problemas con su Pareja			
Problemas Económicos			
Problemas de Vivienda			
Problemas de Salud			
Problemas con sus hijos			

¿Otros problemas? .....

117. ¿Cuánto se preocupa Ud. por...?

	1- Mucho	2- Poco	3- Nada
Robos en su barrio			
Violencia en su barrio			

118. En el último año alguna vez:

Robaron su casa	Sí	1	No	5
Robaron la casa de un vecino	Sí	1	No	5
Le robaron a Ud. en la calle de su barrio	Sí	1	No	5
Le robaron a Ud. fuera de su barrio	Sí	1	No	5

119. En el barrio en el que vive, cual es la calidad de:

	1- Muy Buena	2- Buena	3- Regular	4- Mala	5- No Hay
Servicios de atención médica					
Escuelas					
Lugares de recreación (plazas, parques, canchas de deportes)					
Transporte público					
Acceso a los medios de comunicación (radios, televisión, diarios)					

120. Actualmente Ud. participa en:

Club

Sí  1

No  5

Consejo deliberante de la ciudad

Sí  1

No  5

Centro vecinal

Sí  1

No  5

Cooperadora de escuela ó comedores

Sí  1

No  5

Cooperadora de trabajo

Sí  1

No  5

Agrupaciones sociales

Sí  1

No  5

Otras Instituciones ó agrupaciones

Sí  1

No  5

¿Cuál?.....

HORA DE FINALIZACION

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**