

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN “ENSANUT”

5

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON Estrictamente CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

FACTORES DE RIESGO NIÑOS Y NIÑAS DE 5 AÑOS A MENORES DE 10 AÑOS

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	<input type="text"/>	6. Zona:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Area: 1. URBANA 2. RURAL	<input type="text"/>	7. Sector:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Provincia:	<input type="text"/>	8. No. de vivienda según muestra:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
4. Cantón:	<input type="text"/>	9. No. de Hogar	<input type="text"/>		
5. Cabecera Cantonal o Parroquial:	<input type="text"/>				

INFORMANTE: Madre ó Cuidador/a principal del niño (de 18 años o más de edad y que sea miembro del hogar)

2. DATOS DEL INFORMANTE

NIÑO/A INFORMANTE	COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Niño/a Original	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2				
Niño/ña Reemplazo	SI <input type="text"/> 1 NO <input type="text"/> 2				
Informante					

SECCIÓN I PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

¿ Con qué frecuencia, durante los últimos 7 días, diría usted que ...

1	(...) se ha sentido bien:	Nunca? 1 Casi nunca? 2 Algunas veces? 3 Casi siempre? 4 Siempre? 5
2	(...) se ha sentido lleno/a de energía:	Nunca? 1 Casi nunca? 2 Algunas veces? 3 Casi siempre? 4 Siempre? 5

¿ Con qué frecuencia, durante los últimos 7 días, diría usted que ...

3	(...) se ha sentido triste:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
4	(...) se ha sentido solo /a:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
5	(...) ha tenido suficiente tiempo para él mismo o ella misma:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
6	(...) ha pedido elegir que hacer en su tiempo libre:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
7	(...) se ha divertido con sus amigos o amigas:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
8	A (...) le ha ido bien en la escuela:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
		No aplica 6

Durante los últimos 15 días, cuántas veces ...

9	A (...) le ha dicho alguien que le pegaría:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5
10	(...) ha sido desobediente, para salirse con la suya:	Nunca? 1
		Casi nunca? 2
		Algunas veces? 3
		Casi siempre? 4
		Siempre? 5

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

Durante los últimos 15 días, cuántas veces ...

11	(...) ha estado con niños o niñas que suelen meterse en líos (problemas):	Nunca? 1 Casi nunca? 2 Algunas veces? 3 Casi siempre? 4 Siempre? 5
12	(...) se ha metido en líos (problemas) en la escuela:	Nunca? 1 Casi nunca? 2 Algunas veces? 3 Casi siempre? 4 Siempre? 5 No aplica 6

SECCIÓN II ACCIDENTABILIDAD

1. Durante los últimos 15 días (...):

	SI	NO
¿Se ha caído de un nivel más alto (caídas de una escalera, de una silla, etc.)?	1	2
¿Se ha caído de un mismo nivel (caídas a ras de suelo)?	1	2
¿Se ha quemado?	1	2
¿Ha recibido golpes?	1	2
¿Se ha intoxicado? (excluye intoxicación alimentaria)	1	2
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito como pasajero?	1	2
¿Ha sufrido algún accidente de tránsito como peatón?	1	2
¿Ha sufrido mordeduras o agresiones de origen animal?	1	2
¿Se ha cortado accidentalmente?	1	2
¿Ha sufrido algún otro accidente, cuál? (especifique):	1	2

Si responde NO en todas las alternativas PASE A SECCIÓN III

2. ¿Dónde tuvo lugar el accidente: (Si ha tenido más de uno, referirse al último)

En la casa?	1
En la escuela?	2
En la vía pública yendo o volviendo de la escuela?	3
En la vía pública fuera del horario escolar?	4
En un centro deportivo?	5
En otro lugar de recreación?	6
En otro, cuál? (especifique):	7

SECCION III PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

1. ¿(...) en los últimos 12 meses ha ido al dentista?

SI 1

NO 2

PASE A PREGUNTA 3

2. ¿Cuál fue el principal motivo por el que (...) no ha ido al dentista?

- | | | |
|---|---|---|
| No es necesario | 1 | } |
| No hay establecimiento/proveedor de servicios de salud cerca..... | 2 | |
| No hay dentista en el lugar | 3 | |
| Precios altos | 4 | |
| Mala calidad del servicio..... | 5 | |
| No tiene dinero | 6 | |
| No tiene tiempo el(la) niño(a)..... | 7 | |
| No tienen tiempo sus padres..... | 8 | |
| Otro, cuál? (especifique): | 9 | |

PASE A
SECCIÓN IV

3. En relación a la última visita al dentista, ¿de dónde era este profesional?

- | | |
|--|----|
| Hospital MSP | 01 |
| Centro de Salud MSP... .. | 02 |
| Subcentro de Salud MSP..... | 03 |
| Puesto de Salud MSP..... | 04 |
| Hospital / Clínica IESS..... | 05 |
| Dispensario IESS | 06 |
| Hospital FF.AA/ Policía | 07 |
| Junta de Beneficencia*..... | 08 |
| Consejo Provincial / Unidad Municipal de Salud | 09 |
| Fundación / ONG** | 10 |
| Consultorio dental privado | 11 |
| Otro, cuál? (especifique): | 12 |

4. ¿Cuál fue el principal motivo por el que (...) fue la última vez al dentista?

- | | |
|--|---|
| Por limpieza | 1 |
| Por revisión | 2 |
| Por aplicación de flúor..... | 3 |
| Por aplicación de sellates..... | 4 |
| Porque le dolía la muela o diente..... | 5 |
| Porque le pusieron o revisaron la ortodoncia (frenos o brackets) | 6 |
| Por atención de emergencia | 7 |
| Por extracción..... | 8 |
| Otro, cuál (especifique): | 9 |

* Maternidad Enrique Sotomayor. Hospital Luis Vernaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde

** APROFE, CEMOPLAF

ENCUESTADOR/A: En el caso que corresponda, por favor encierre la o las respuestas CON UN CÍRCULO.

SECCION IV TIEMPO DEDICADO A TELEVISIÓN Y VIDEOJUEGOS

Las preguntas que vienen a continuación, tienen por objeto estimar el tiempo que dedicó (...) a ver televisión y/o a jugar videojuegos en los últimos 7 días.

1	Durante los últimos 7 días ¿(...) vio televisión y/o jugó videojuegos (sin realizar movimiento corporal o actividad física)?	SI 1 NO 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FIN DE LA ENTREVISTA</div>
2	¿Cuántos días (...) vio televisión y/o jugó videojuegos sin moverse (sin realizar actividad corporal o actividad física)?	Nro. de Días <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

3. Indíqueme ¿cuáles días y cuánto tiempo vio (...) televisión y/o jugó videojuegos que no incluyen movimiento corporal?

	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min
1														

	Lunes		Martes		Miercoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min	Horas	Min
2														

ENCUESTADOR/A:
Inicie el recordatorio en la fila 2 de la tabla desde el día anterior a la entrevista, hacia atrás hasta cumplir 7 días.