Casa No.___/50

Niño No.___/___

INSTRUMENTO No.2

Prevalencia de Discapacidad y factores asociados en población infantil de 2-17 años, en las áreas de influencia de los Médicos en Servicio Social en el período de Septiembre 2016 – Noviembre 2017 HONDURAS C.A.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL NIÑO

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas; seleccione una única respuesta para cada pregunta encerrando la opción que corresponda, llenando en el espacio correspondiente o marcando en el cuadro con una X en la opción que corresponda.

1. ¿Qué edad tiene el niño en años cumplidos? [ ] años

2. Sexo: a) Femenino [ ] b) Masculino [ ]

3. Grado de educación del niño y del encargado:

Grado de educación	Marque solo una	
	Niño	Encargado
1. Ninguna		
2. Pre básica incompleta		
3. Pre básica completa (hasta preparatoria)		
4. Básica incompleta (menos de noveno grado)		
5. Básica completa (completó noveno grado)		
6. Media incompleta		
7. Media completa (completó secundaria)		
8. Universitaria incompleta (pasante universitario)	N / A	
9. Universitaria completa	N / A	

4. ¿Cuál es el ingreso mensual familiar?

a) Menor a L.3000

b) Entre L.3001 y L.5000

c) Entre L.5001 y L.10, 000

d) Mayor de L.10, 000

5. ¿Está o ha estado el niño en un programa de rehabilitación?

a) Si b) No c) No sabe

II. LIMITACION DE LA ACTIVIDAD PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO DEL GRUPO DE WASHINGTON.

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas; seleccione una única respuesta para cada pregunta encerrando la opción que corresponda.

PREGUNTAS GENERALES *(aplican a todos los niños de 2-17 años)*

1. Valoración de la visión (niños de 2-17 años)

a) ¿Lleva (nombre) lentes o lentes de contacto*? (*Lentes de contacto solo para edades de 5-17 años)

1. Si
2. No

b) Si su respuesta fue SI, **Cuando lleva sus lentes o lentes de contacto**, ¿tiene (nombre) dificultad para ver?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

c) Si su respuesta fue NO, ¿Tiene (nombre) dificultad para ver?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada.

2. Valoración de la capacidad auditiva (niños de 2-17 años)

a) ¿Utiliza (nombre) un audífono?
   1. Sí
   2. No

b) Si su respuesta es SI, **cuándo utiliza el audífono**, ¿Tiene (nombre) dificultades para oír sonidos como las voces de la gente o música?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

c) Si su respuesta es NO, ¿Tiene (nombre) dificultades para oír sonidos como las voces de la gente o música?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

3. Aprendizaje (2-17 años)

a) Comparado con niños de la misma edad, ¿Tiene (nombre) dificultad para aprender cosas?
1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad.
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

PREGUNTAS PARA NIÑOS DE 2-4 AÑOS
(Pase a la siguiente sección si el niño está entre las edades de 5-17 años)

4. Caminar (preguntas para niños de 2-4 años)

a) ¿Utiliza (nombre) algún equipo o recibe ayuda para caminar?
   1. Si
   2. No

b) Si su respuesta es SI, **sin usar su equipo o asistencia**, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar?
   1. Alguna dificultad
   2. Mucha dificultad
   3. No puede hacer nada

c) Si su respuesta es SI, **cuando utiliza su equipo o asistencia,** ¿tiene (nombre) dificultad para caminar?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

d) Si su respuesta es NO, Comparado con niños de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

5. Motricidad fina (2-4 años)

a) Comparado con niños de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para tomar objetos pequeños con sus manos?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

6. Comunicación/comprensión (preguntas para edad de 2-4 años)

a) ¿Tiene (nombre) alguna dificultad para entenderle?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad.
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

b) ¿Cuándo (nombre) habla, tiene alguna dificultad para que lo entienda?
   1. Ninguna dificultad
   2. Alguna dificultad
   3. Mucha dificultad
   4. No puede hacer nada

7. Control del comportamiento (preguntas para edad de 2-4 años)

a) Comparado con niños de la misma edad, ¿(nombre) patea, muerde, golpea a otros niños o adultos?

1. No
2. Igual o menos
3. Más
4. Mucho más

8. Jugar (2-4 años)

a) En comparación con niños de la misma edad, ¿Tiene (nombre) alguna dificultad para jugar?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

PREGUNTAS PARA NIÑOS DE 5-17 AÑOS

(Pase a la siguiente sección si el niño está entre las edades de 2-4 años)

9. Caminar (preguntas para niños de 5-17 años)

a) ¿Utiliza (nombre) algún equipo o recibe ayuda para caminar? *(Si su respuesta es no, pase al inciso f)*

1. Si
2. No

b) Si su respuesta es SI, **Sin usar su equipo de asistencia** ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 100 metros en terreno llano? Sería aproximadamente la longitud de un campo de futbol (o inserte un ejemplo específico del país)

1. Alguna dificultad
2. Mucha dificultad
3. No puede hacer nada

c) Si su respuesta es SI, **Sin usar su equipo de asistencia** ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 500 metros en terreno llano? Sería aproximadamente la longitud de 5 campos de futbol (o inserte un ejemplo específico del país).

1. Alguna dificultad
2. Mucha dificultad
3. No puede hacer nada

d) Si su respuesta es SI, **Usando su equipo de asistencia** ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 100 metros en terreno llano? Sería aproximadamente la longitud de un campo de futbol (o inserte un ejemplo específico del país)

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

e) Si su respuesta es SI, **Usando su equipo de asistencia** ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 500 metros en terreno llano? Sería aproximadamente la longitud de 5 campos de futbol (o inserte un ejemplo específico del país)

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

f) Si su respuesta es NO, Comparado con los niños de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 100 metros en terreno llano? Eso sería aproximadamente la longitud de 1 campo de futbol (o inserte un ejemplo específico del país)

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

g) Si su respuesta es NO, Comparado con los niños de la misma edad, ¿tiene (nombre) dificultad para caminar 500 metros en terreno llano? Eso sería aproximadamente la longitud de 5 campos de futbol (o inserte un ejemplo específico del país)

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

10. Autocuidado (5-17 años)

a) ¿Tiene (nombre) dificultad para cuidar de sí mismo, como, por ejemplo, alimentarse o vestirse?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

11. Comunicación/comprensión (5-17 años)

a) Cuando (nombre) habla, ¿tiene alguna dificultad para que la **gente dentro de este hogar** lo entienda?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

b) Cuando (nombre) habla, ¿tiene alguna dificultad para que la **gente fuera de este hogar** lo entienda?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

12. Recordar (5-17 años)

a) Comparado con los niños de la misma edad, ¿Tiene (nombre) dificultad para recordar cosas?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

13. Emociones (5-17 años)

a) ¿Con qué frecuencia (nombre) parece muy ansioso, nervioso o preocupado?

1. Diario
2. Semanal
3. Mensual
4. Varias veces al año
5. Nunca

b) ¿Con qué frecuencia (nombre) parece muy triste o deprimido?

1. Diario
2. Semanal
3. Mensual
4. Varias veces al año
5. Nunca

14. Control de comportamiento (5-17 años)

a) Comparado con niños de la misma edad, ¿qué dificultad tiene (nombre) en controlar su comportamiento?

1. No
2. Igual o menos
3. Más
4. Mucho más

15. Atención (5-17 años)

a) ¿Tiene (nombre) dificultad para concentrarse en una actividad que disfrute haciendo?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

16. Enfrentar el cambio (5-17 años)

a) ¿Tiene (nombre) alguna dificultad para aceptar cambios en sus rutinas?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad
4. No puede hacer nada

17. Relaciones (5-17 años)

a) ¿Tiene (nombre) alguna dificultad para hacer amigos?

1. Ninguna dificultad
2. Alguna dificultad
3. Mucha dificultad.
4. No puede hacer nada

Si todas las respuestas en esta sección han sido NO, pase a la sección V.

III. DEFICIENCIAS EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS (Clasificación internacional de Funcionamiento CIF-OMS)

Instrucciones: A continuación, se le presentan una serie de preguntas, llene en el espacio correspondiente o marcando en el cuadro con una X en la opción que corresponda.

18. Si ha contestado positivamente alguna pregunta entre la 1-17 de la sección anterior (Limitaciones), ¿qué enfermedad(es) tiene el niño que justifique la limitación o limitaciones identificadas?

_____
_____
_____
_____

19. Este ítem debe ser llenado por el entrevistador: Marque con una X en la casilla de si o no, cada una de la función y/o estructura que esté relacionadas con la patología como causa de limitación. (Llene todo el cuadro por favor).

Funciones	Si	No
1. Mentales		
2. Sensoriales y dolor		
3. De la voz y el habla		
4. Sistema cardiovascular		
5. Digestivo		
6. Hematológico		
7. Inmunológico		
8. Respiratorio		
9. Metabólico		
10. Endocrino		
11. Genitourinarias		
12. Reproductoras		
13. Neuromuscular		
14. Esqueléticas		
15. Piel y las estructuras relacionadas		

Estructuras	Si	No
1. Sistema nervioso		
2. Ojo		
3. Oído y las estructuras relacionadas		
4. Involucradas en la voz y el habla		
5. Cardiovascular		
6. Inmunológico		
7. Respiratorio		
8. Digestivo		
9. Metabólico		
10. Endocrino		
11. Genitourinario y reproductor		
12. Estructuras relacionadas con movimiento		
13. Piel y las estructuras relacionadas		

IV. CAUSAS DE DISCAPACIDAD INFANTIL

1. Esta pregunta debe contestarla el entrevistador: Según la patología que condiciona la(s) limitación(es) del niño ¿La causa de la discapacidad que el niño presenta es congénita o adquirida?

a. Congénita
b. Adquirida
c. Ambas
d. No corresponde

V. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD INFANTIL.

1. ¿Cuál era la edad de la madre al momento del embarazo?

a. Menor a 18 años
b. 18-35 años
c.Más de 35 años
d. No sabe/No recuerda

2. ¿Cuantos embarazos previos tuvo la madre?

a. menos de 3 embarazos
b. 3 embarazos o más
c. Ninguno

3. ¿Cuál(es) de las siguientes enfermedades presentó durante el embarazo del niño? Marque con una X en la casilla de "SI", si la madre presentó esta enfermedad o en la casilla de "NO", si la madre no la presentó. **Llene todo el cuadro.**

Enfermedades Crónicas	**Si**	**No**	**Enfermedades obstétricas**	**Si**	**No**	**Enfermedades Infecciosas y/o Traumáticas**	**Si**	**No**
1. Cáncer			1. HTA Gestacional			1. Tuberculosis		
2. Cardiopatía			2. Preeclampsia			2. VIH/SIDA		
3. HTA			3. Eclampsia			3. Enf. Febril (Dengue, Zika, CHKV)		
4. Diabetes Mellitus			4. Diabetes Gestacional			4. TORCH		
5. Enfermedades del Colágeno			5. Vaginosis			5. Varicela		
6. Enfermedades Genéticas			6. Amenaza de Parto Prétermino			6. Condilomatosis		
7. Asma Bronquial			7. ITU			7. Sífilis		
8. Patología Tiroidea			8. Sangrado durante el Embarazo			8. Caída		
9. Epilepsia								
10. Otras			9. Otras			9. Otras		

4. Si marcó en alguna de las casillas de "otras", por favor especifique cuáles:

_____

_____

_____

5. ¿Ingirió ácido fólico antes y/o durante el embarazo la madre? (***Si su respuesta es "NO", o "no sabe" pase a la pregunta 8).***

a) Si b) No c) No sabe

6. Si su respuesta anterior es afirmativa cuanto tiempo tomó ácido fólico?

a. 3 meses previos al embarazo
b. Primer trimestre del embarazo
c. Ambos
d. No sabe

7. ¿A cuáles de las siguientes sustancias o situaciones estuvo expuesta la madre durante el embarazo? Marque con una X en la casilla de "SI", si hubo exposición, en la casilla de "NO" si no hubo exposición o en la casilla de "No sabe" si se desconoce esta información.

Agente	Si	No	No sabe
1. Talidomida			
2. Rayos X, Tac (radiación)			
3. Vitamina A			
4. Antiepilépticos			
5. Cumarínicos			
6. Estreptomicina			
7. Litio			
8. Hormonas			
9. Medicamentos para enfermedad tiroidea			
10. Medicamentos Antihipertensivos			
11. Antineoplásicos			
12. Alcohol			
13. Tabaco (preguntar fumadora pasiva)			
14. Drogas			
15. Otras (cuales)_____			

8. ¿Tuvo controles prenatales durante este embarazo la madre?
(Si su respuesta es "NO", o "no sabe", pase a la pregunta 10)

a) Si b) No c) No sabe

9. ¿Cuántos controles prenatales tuvo la madre?

a) Menos de cinco b) Cinco o más c) No sabe

10. ¿Dónde nació el niño?
a) Comunidad
b) Institución (Hospital)
c) No sabe
d) Otro (especifique) _____

11. ¿Quién atendió el parto del niño?
a) Enfermera
b) Médico
c) Partera
d) No sabe
e) Otro (especifique)_____

12. ¿Cuál fue la vía de nacimiento del niño? ***(Si Nació vía parto, pase a la pregunta 14.)***

a) Parto b) Cesárea c) No sabe/No Recuerda

13. Si nació vía cesárea, ¿cuál fue la causa?

a) Situación transversa
b) Presentación pélvica
c) Prolapso de cordón
d) Desprendimiento de placenta/ Placenta previa
e) Embarazo gemelar
f) Sufrimiento fetal agudo
g) Desproporción Cefalopélvica
h) Programada / Electiva
i) Otros, especifique _____
j) No sabe
k) No corresponde

14. ¿Hubo alguna complicación al momento del nacimiento del niño? *(Si su respuesta es "No" o "No sabe", pase a la pregunta 17).*
a) Si b) No c) No sabe

15. ¿Cuál fue el motivo de la complicación en el nacimiento?
a) Distocia de hombros
b) Presentación pélvica
c) Circular de cordón
d) Macrosomía fetal
e) otros_____
f) no sabe
g) no corresponde

16. ¿Al momento del nacimiento cual era la edad gestacional?
a) Menos de 37 SG
b) 37-42 SG
c) Más de 42 SG
d) No sabe

17. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?
a) menos de 2,500 gr (menos de 5.5 libras)
b) entre 2,500-4,000grs (entre 5.5 libras y 8.8 libras
c) Más de 4,000 grs (más de 8.8 libras)
d) No sabe

18. ¿Presentó el niño llanto espontaneo al momento del nacimiento?

a) Si b) No c) No sabe

19. ¿Necesitó el niño maniobras de reanimación y ventilación mecánica?
(Si su respuesta es "NO", pase a la pregunta 21)

a) Si b) No c) No sabe

20. Si su respuesta anterior es afirmativa ¿Cuáles maniobras necesito?
a) Aspiración de secreciones
b) Reanimación cardiopulmonar
c) Intubación endotraqueal
d) todas
e) No sabe

21. ¿Ameritó hospitalización el niño después del nacimiento? (*Si su respuesta es "NO", pase a la pregunta 23)*

a) Si b) No c) No sabe

22. Si su respuesta anterior fue afirmativa ¿Cuáles fueron las causas de la hospitalización?

a) Sepsis del Recién Nacido
b) Distres Respiratorio/Aspiración
c) Prematurez
d) Convulsiones
e) Síndrome ictérico
f) No sabe
g) otras, especifique_____

23. ¿Presento el niño alguna alteración/condición congénita al momento del nacimiento?

(Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 25)

a) Si b) No c) No sabe

24. Si su respuesta anterior es afirmativa ¿Qué tipo de alteración/condición congénita presento?

a) Mal formaciones anorrectales
b) Microcefalia
c) Labio leporino
d) Cardiopatías
e) Atresia esofágica
f) Defectos del tubo neural (Mielomeningocele, meningocele)
g) otros (especifique) _____
h) Ninguna

25. ¿Presenta el niño alguna de las siguientes enfermedades, las cuales son diagnosticadas como "heredadas"?

a) Síndrome de Down
b) Distrofia muscular
c) Síndrome Dismórfico
d) Hemofilia
e) Anemia drepanocítica
f) Otra enfermedad heredada (especifique)_____
g) Ninguna

26. ¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones el niño? ¿Marque en la casilla de ha presentado? Marque con una X en la casilla de "SI", si el niño ha padecido está enfermedad o condición, **en la casilla de "NO", si no la ha padecido, o en la casilla de "No sabe" si se desconoce esta información.**

Enfermedad	SI	NO	NO SABE
1. Meningitis/Encefalitis			
2. Evento cerebrovascular			
3. Tumores de sistema nervioso			
4. Tumores musculoesqueléticos			
5. Síndrome de Guillain Barré			
6. Trauma craneoencefálico			
7. Lesión medular			
8. Amputaciones			
9. Quemaduras			
10. Fracturas			
11. Asma bronquial/Enfermedades Respiratorias			
12. Enfermedades cardíacas			
13. Otras (Especifique)_____ _____			

Este es el fin del instrumento. Al terminar la entrevista, agradecer a la persona que proporcionó la información por su colaboración, y entregarle un trifolio con la información de centros de rehabilitación en caso de detectar un caso de un niño(a) con discapacidad. Gracias.