

Cuestionario sobre la EslAN para mujeres embarazadas

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

NÚMERO DE ENCUESTADOR: | | | | | FECHA DE REALIZACIÓN: DÍA: | | | MES: | | | 2016 FOLIO: | | | | |
ENTIDAD FEDERATIVA: | | | | | MUNICIPIO: | | | | |
LOCALIDAD: | | | | | CLAVE AGEB: | | | | | MANZANA: | | | | |
CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO, BOULEVARD O KM.): _____
No. EXTERIOR: _____ No. INTERIOR: _____ COLONIA: _____ CP: | | | | |
OBSERVACIONES: _____

2. PRESENTACIÓN

(ENCUESTADOR: SI LA BENEFICIARIA FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD, MARCARLO A CONTINUACIÓN)

Sí ⇒ CONTINUÍA No ⇒ FIN DE LA ENTREVISTA

¿Actualmente se encuentra embarazada?

Sí ⇒ CONTINUÍA No ⇒ FIN DE LA ENTREVISTA

¿Me puede mostrar un recibo o documento de su afiliación a Prospera, antes Oportunidades?

Sí ⇒ ANOTAR EN RECUADRO DE ABAJO FOLIO PROSPERA Y FAMILIA ID

FOLIO DE PROSPERA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FAMILIA ID: | | | | | | | | | | | |

3. NOMBRE DE LA MUJER EMBARAZADA

APELLIDOS: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: | | |
DÍA MES AÑO AÑOS

4. RESULTADO DE LA ENTREVISTA

| | | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|--|
| FECHA (dd/mm/aa) | | HORA DE INICIO | |
| RESULTADO* | | HORA DE TÉRMINO | |
| ¿Se requirió ayuda de un traductor? | 1. Sí 2. No | | |

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA VISITA

1 ENTREVISTA COMPLETA

2 SE NEGÓ A CONTINUAR CON LA ENTREVISTA

3 INFORMANTE INADECUADO (NO SE DEBE APLICAR ENTREVISTA)

4 AUSENCIA DE OCUPANTES (INFORMANTE) EN EL MOMENTO DE LA VISITA

5 ENTREVISTA APLAZADA A PETICIÓN DE INFORMANTE

6 HABITANTES TEMPORALES EN LA LOCALIDAD

7 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN

8 INFORMANTE ADECUADO NO DISPONIBLE

9 OTRO. (Especifique).

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Gracias, comenzaré haciéndole algunas preguntas generales sobre usted y su familia.

| | | |
|---|---|------------------------|
| 1.1 ¿Cuántas personas viven actualmente en su hogar, es decir, aquellas que viven juntas y comparten un mismo gasto, contando a los niños y niñas pequeñas, a los ancianos y a usted misma? | 99. No sabe/ No responde | Número de personas [] |
| 1.2 En total, ¿cuántos niños y niñas menores de 5 años viven en su hogar, contando a bebés y recién nacidos? | 99. No sabe/ No responde | Número de personas [] |
| 1.3. ¿Actualmente usted... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6) | 1. Es soltera? 2. Es casada? 3. Vive en unión libre? 4. Es viuda? 5. Está separada? 6. Está divorciada? 8. No sabe 9. No responde | [] |
| 1.4 ¿Actualmente usted asiste a la escuela? | 1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde | [] |
| 1.5 ¿Cuál fue el último año y grado que usted aprobó en la escuela? (ENCUESTADOR: ANOTAR AÑO Y GRADO) | GRADO: 1. Nunca ha ido a la escuela 2. Preescolar o kínder 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria o bachillerato 6. Normal 7. Carrera técnica o comercial 8. Profesional o superior 9. Maestría o doctorado 99. No sabe/ No responde | AÑO [] GRADO [] |
| 1.6 ¿La semana pasada usted trabajó o realizó alguna actividad por la que le pagaron? | 1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde | [] |
| 1.7 ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena? | 1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde | [] |

II. EMBARAZO SALUDABLE

En esta sección le haré preguntas relacionadas con su embarazo actual.

| | | |
|--|---|------------------------------------|
| 2.1 ¿Actualmente, cuántas semanas de embarazo tiene? | 99. No sabe/No responde | Semanas [] |
| 2.2 ¿Hace cuánto tiempo fue su última revisión? (ENCUESTADOR: ANOTAR SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA MUJER) | 99. No sabe/No responde | Meses [] Semanas[] Días[] |
| 2.3 ¿Durante alguna de sus revisiones médicas le han dicho que su embarazo es de alto riesgo? | 1. Sí→ Fin de la entrevista 2. No 99. No sabe/No responde | [] |
| 2.4 ¿Cuántos embarazos ha tenido en total? (ENCUESTADOR: NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL, AUNQUE ÉSTE SEA EL PRIMERO) | 99. No sabe/ No responde | Número de embarazos [] |

| | | |
|--|--|-------------------------|
| 2.5 ¿En qué institución(es) de salud atiende su embarazo? (ENCUESTADOR: SI MENCIONA MÁS DE UNA, ANOTAR HASTA TRES OPCIONES). | 1. Clínica IMSS-Prospera 2. Centro de salud SSA 3. Unidad móvil 4. Otras instituciones de gobierno 5. Consultorio, clínica privada, hospital privado 6. Casa de la partera 99. No sabe/No responde | 1a[] 2a[] 3a[] |
| 2.6 ¿Cuántas veces la han revisado durante este embarazo en la clínica o unidad de salud? | 0. No la han revisado → <i>Fin de la entrevista</i> 99. No sabe/No responde | Número de veces [] |
| 2.7 ¿Cuántos meses tenía de embarazo cuando la revisaron por primera vez? | 99. No sabe/No responde | Meses [] |
| 2.8 La mayoría de las veces que usted ha acudido a su consulta de rutina por el embarazo, ¿quién la ha revisado? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DEL 1 AL 4) | 1. Médico 2. Enfermera 3. Partera 4. Promotor, auxiliar o voluntario de salud 99. No sabe/No responde | [] |

III. CREENCIAS

Ahora le voy a leer algunas cosas que piensa la gente acerca del embarazo y la lactancia. Me gustaría que usted me dijera si está de acuerdo o no está de acuerdo con cada una de estas ideas.

¿Está usted de acuerdo con que...

| | | Estoy de acuerdo | No estoy de acuerdo | No sabe/No responde | |
|-----|---|------------------|---------------------|---------------------|-----|
| 3.1 | La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.2 | Los niños amamantados se enferman menos que los niños que toman fórmula infantil (fórmula láctea o leche en polvo)? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.3 | Lo que una mujer come durante su embarazo afecta su salud? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.4 | Lo que una mujer come durante su embarazo afecta en la salud de su bebé? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.5 | Si una mujer embarazada come una dieta saludable no necesita hacer ejercicio físico? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.6 | Una mujer embarazada puede consumir todo el bolillo, arroz, papa y tortillas que se le antoje? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.7 | Una mujer embarazada no debe hacer ejercicio ni actividad física? | 1 | 2 | 99 | [] |
| 3.8 | Las mujeres embarazadas deben de reducir su consumo de bebidas azucaradas como refresco y consumir más agua simple? | 1 | 2 | 99 | [] |

IV. PROVISIÓN DEL SERVICIO

A continuación le haré algunas preguntas relacionadas con el servicio que usted recibe cuando asiste a sus revisiones médicas para cumplir con Prospera.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|----------------------|--|---|----------------------|----------------------|--|----------------------|---|----------------------|
| 4.1 Durante este embarazo, cuando usted ha acudido a sus revisiones en la clínica, ¿le han... (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DE LA A A LA J) | a) pesado? b) tomado la presión arterial? c) mandado pruebas o medido su nivel de azúcar en la sangre? d) mandado pruebas o tomado muestras de sangre? e) mandado pruebas o tomado muestras de orina? f) platicado sobre cuánto debería aumentar su peso durante el embarazo? g) dado recomendaciones sobre lactancia materna? h) revisado el color de las encías? i) revisado las palmas de la mano? j) preguntado cuál era su peso antes del embarazo? | 1. Sí | 2. No | 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 Durante este embarazo, ¿cómo ha cambiado su peso? (ENCUESTADOR: SI LA RESPUESTA A "¿HA SUBIDO?" ES AFIRMATIVA, NO PREGUNTAR SI HA BAJADO) | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>1. Sí</td> <td>2. No</td> <td>99. No sabe/No resp</td> <td>Número de kilos</td> </tr> <tr> <td>1. Ha subido</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>.<input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Ha bajado</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/>.<input type="text"/></td> </tr> </table> | | 1. Sí | 2. No | 99. No sabe/No resp | Número de kilos | 1. Ha subido | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> . <input type="text"/> | 2. Ha bajado | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> . <input type="text"/> | |
| | 1. Sí | 2. No | 99. No sabe/No resp | Número de kilos | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ha subido | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> . <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ha bajado | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> . <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3 Durante su revisiones en la clínica, le han dicho que... (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 4) | <table border="0"> <tr> <td>1. Ha subido demasiado de peso</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Ha subido adecuadamente de peso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Ha tenido ganancia insuficiente de peso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. No le han dicho nada sobre su peso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Ha subido demasiado de peso | <input type="text"/> | 2. Ha subido adecuadamente de peso | | 3. Ha tenido ganancia insuficiente de peso | | 4. No le han dicho nada sobre su peso | | 99. No sabe/No responde | | | | | | | |
| 1. Ha subido demasiado de peso | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ha subido adecuadamente de peso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Ha tenido ganancia insuficiente de peso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. No le han dicho nada sobre su peso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 ¿Le han dado recomendaciones para el manejo de su peso durante este embarazo? | <table border="0"> <tr> <td>1. Sí</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. No → Pasar a 4.6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde → Pasar a 4.6</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Sí | <input type="text"/> | 2. No → Pasar a 4.6 | | 99. No sabe/No responde → Pasar a 4.6 | | | | | | | | | | | |
| 1. Sí | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. No → Pasar a 4.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde → Pasar a 4.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 Durante sus visitas a la clínica, para controlar su peso ¿le han recomendado... (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 3) | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>1. Sí</td> <td>2. No</td> <td>99. No sabe/No resp</td> </tr> <tr> <td>1. Comer frutas y verduras incluyendo las de hojas verdes como espinacas, acelgas y brócoli?</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada?</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>3. Caminar entre 20 y 30 minutos cada día a paso rápido?</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> | | 1. Sí | 2. No | 99. No sabe/No resp | 1. Comer frutas y verduras incluyendo las de hojas verdes como espinacas, acelgas y brócoli? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 3. Caminar entre 20 y 30 minutos cada día a paso rápido? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 1. Sí | 2. No | 99. No sabe/No resp | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Comer frutas y verduras incluyendo las de hojas verdes como espinacas, acelgas y brócoli? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Caminar entre 20 y 30 minutos cada día a paso rápido? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 Durante sus visitas a la clínica de salud, ¿le han recomendado tomar Nutrivida Tabletas? | <table border="0"> <tr> <td>1. Sí</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Sí | <input type="text"/> | 2. No | | 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | |
| 1. Sí | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. No | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.7 ¿Alguna vez durante su embarazo le han entregado Nutrivida Tabletas en la unidad de salud? | <table border="0"> <tr> <td>1. Sí</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. No → pasar a 4.14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde → pasar a 4.14</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Sí | <input type="text"/> | 2. No → pasar a 4.14 | | 99. No sabe/No responde → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | |
| 1. Sí | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. No → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.8 En su última visita a la unidad de salud, ¿le entregaron Nutrivida Tabletas? | <table border="0"> <tr> <td>1. Sí</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Sí | <input type="text"/> | 2. No | | 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | |
| 1. Sí | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. No | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.9 ¿Alguien en el centro de salud le explicó cómo tomar Nutrivida Tabletas? | <table border="0"> <tr> <td>1. Sí</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. No → pasar a 4.14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde → pasar a 4.14</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Sí | <input type="text"/> | 2. No → pasar a 4.14 | | 99. No sabe/No responde → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | |
| 1. Sí | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. No → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde → pasar a 4.14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.10 ¿Con qué frecuencia le recomendaron tomar Nutrivida Tabletas? (ENCUESTADOR: ANOTAR NÚMERO DE VECES Y PERIODO) | <table border="0"> <tr> <td>PERIODO:</td> <td>Veces <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1. Día</td> <td>Periodo <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Mes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99 No sabe/No responde</td> <td></td> </tr> </table> | PERIODO: | Veces <input type="text"/> | 1. Día | Periodo <input type="text"/> | 2. Semana | | 3. Mes | | 99 No sabe/No responde | | | | | | | |
| PERIODO: | Veces <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Día | Periodo <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Semana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Mes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99 No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.11 ¿Durante cuánto tiempo le recomendaron tomar Nutrivida Tabletas? (ENCUESTADOR: ANOTAR NÚMERO DE VECES Y PERIODO) | <table border="0"> <tr> <td>PERIODO:</td> <td>Veces <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>1. Día</td> <td>Periodo <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. Semana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Mes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>99. No sabe/No responde</td> <td></td> </tr> </table> | PERIODO: | Veces <input type="text"/> | 1. Día | Periodo <input type="text"/> | 2. Semana | | 3. Mes | | 99. No sabe/No responde | | | | | | | |
| PERIODO: | Veces <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Día | Periodo <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Semana | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Mes | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99. No sabe/No responde | | | | | | | | | | | | | | | | | |

V. RECOMENDACIONES DE LACTANCIA

A continuación le haré algunas preguntas sobre recomendaciones o consejos de lactancia materna que pudieron haberle dado en sus visitas a la unidad de salud durante este embarazo.

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| 5.1 En las visitas a la unidad de salud que ha realizado, ¿le han comentado cuánto tiempo debe dar únicamente pecho a su bebé, sin ningún otro alimento o bebida | 1. Sí 2. No → <i>pasar a 5.3</i> 99. No sabe/no responde → <i>pasar a 5.3</i> | [] |
| 5.2 ¿Por cuánto tiempo le dijeron que debe darle únicamente pecho a su bebé, sin ningún otro alimento o bebida como agua o té? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA) | 99. No sabe/No responde | Días [] Meses [] Años [] |
| 5.3 En las visitas a la unidad de salud que ha realizado, ¿le han dicho a las cuántas horas después de que nazca su bebé debe darle pecho por primera vez? | 1. Sí 2. No → <i>pasar a 5.5</i> 99. No sabe/No responde → <i>pasar a 5.5</i> | [] |
| 5.4 ¿Cuántas horas después de que nazca su bebé le dijeron que debe darle pecho por primera vez? | 99. No sabe/No responde | Horas [] |
| 5.5 ¿Usted considera dar pecho a su bebé cuando nazca? | 1. Sí 2. No → <i>Fin de la entrevista</i> 99. No sabe/No responde → <i>Fin de la entrevista</i> | [] |
| 5.6 ¿Durante cuánto tiempo piensa dar pecho a su bebé? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA) | 99. No sabe/No responde | Días [] Meses [] Años [] |
| 5.7 En las visitas a la unidad de salud, ¿le comentaron a partir de qué edad debe darle otros alimentos a su bebé además de la leche materna? | 1. Sí 2. No → <i>Fin de la entrevista</i> 99. No sabe/No responde → <i>Fin de la entrevista</i> | [] |
| 5.8 ¿A partir de qué edad le dijeron que debe darle otros alimentos a su bebé además de la leche materna? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA) | 99. No sabe/No responde | Días [] Meses [] Años [] |

Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que nos servirán para mejorar el servicio que le proporcionamos.