

Cuestionario sobre la ESIAN para madres con hijos de 6 a 23 meses de edad

1. IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

NÚMERO DE ENCUESTADOR: | | | | | FECHA DE REALIZACIÓN: DÍA: | | | MES: | | | 2016 FOLIO: | | | | |
ENTIDAD FEDERATIVA: | | | | | MUNICIPIO: | | | | |
LOCALIDAD: | | | | | CLAVE AGE: | | | | | 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 ⇒ CONTINUAR

No ⇒ FIN DE LA ENTREVISTA

¿Actualmente tiene un hijo de 6 a 23 meses de edad?

Sí ⇒ CONTINUAR

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

No ⇒ LEA CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

3. NOMBRE DE LA MADRE

APELLIDOS: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S): _____

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

4. NOMBRE DEL MENOR ENTRE 6 Y 23 MESES DE EDAD

APELLIDOS: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S): _____ SEXO: (M) (F)

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

4.1 Generalmente ¿quién acude con [NOMBRE] a sus consultas a la clínica de salud? _____

(ENCUESTADOR: ANOTAR TEXTUALMENTE LA RESPUESTA Y EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN QUE ESA PERSONA SOSTIENE CON EL MENOR, EJEMPLO: MAMÁ, ABUELA, ETC.)

5. 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 menores, a los ancianos y a usted misma?	Número de personas <input type="text"/> 99. No sabe/No responde
1.2 En total, ¿cuántos menores de 5 años viven en su hogar, contando a bebés y recién nacidos?	Número de personas <input type="text"/> 99. No sabe/No responde
1.1. ¿Actualmente usted... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6)	1. Es soltera? <input type="text"/> 2. Es casada? 3. Vive en unión libre? 4. Es viuda? 5. Está separada? 6. Está divorciada? 99. No sabe/ No responde
1.4 ¿Actualmente usted asiste a la escuela?	1. Sí <input type="text"/> 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)	AÑO <input type="text"/> GRADO <input type="text"/> GRADO: 0. Nunca ha ido a la escuela 1. Preescolar o kínder 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria o bachillerato 5. Normal 6. Carrera técnica o comercial 7. Profesional o superior 8. Maestría o doctorado 99. No sabe/No responde
1.6 ¿La semana pasada usted trabajó o realizó alguna actividad por la que le pagaron?	1. Sí <input type="text"/> 2. No 8. No sabe 9. No responde
1.7 ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena?	1. Sí <input type="text"/> 2. No 99. No sabe/ No responde

II. LACTANCIA MATERNA

A continuación, le haré unas preguntas acerca de la lactancia de [NOMBRE].

2.1 ¿[NOMBRE] ha acudido a alguna consulta o revisión médica?	1. Sí <input type="text"/> 2. No → Pasar a 2.4 99. No sabe/ No responde → Pasar a 2.4
2.2 ¿Quién revisó a [NOMBRE] la última vez que acudió a consulta?	1. Médico <input type="text"/> 2. Enfermera 99. No sabe/ No responde
2.3 ¿En qué lugar han revisado a [NOMBRE] la mayoría de las veces?	1. Clínica IMSS-Prospera <input type="text"/> 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
2.4 Desde que nació [NOMBRE], ¿usted le ha dado pecho en alguna ocasión?	1. Sí → Pasar a 2.6 <input type="text"/> 2. No 99. No sabe/ No responde → Pasar a 2.6

2.5 ¿Por qué no le dio pecho a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DEL 1 AL 8. SI MENCIONA MÁS DE UNA, ANOTAR HASTA TRES OPCIONES)	1.No me gustó <input type="checkbox"/> 2.La fórmula es mejor <input type="checkbox"/> 3.Amamantar es demasiado difícil <input type="checkbox"/> 4.No tuve leche 5.Tenía que trabajar 6.No pude amamantar por problemas en pezones 7.Tenía muchas cosas que hacer 8.Alguien más lo amamantó 99. No sabe/No responde → Pasar a 2.20																																																
2.6 Actualmente ¿[NOMBRE] toma pecho?	1. Sí → pasar a 2.10 <input type="checkbox"/> 2. No 99. No sabe/ No responde → Pasar a 2.10																																																
2.7 ¿Por qué [NOMBRE] ya no toma pecho? (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 11. SI MENCIONA MÁS DE UNA, ANOTAR HASTA TRES OPCIONES)	1.No me gustó <input type="checkbox"/> 2.La fórmula es mejor <input type="checkbox"/> 3.Amamantar es demasiado difícil <input type="checkbox"/> 4.No tuve leche 5.Tenía que trabajar 6.No pude amamantar por problemas en pezones o mastitis 7.Tenía muchas cosas que hacer 8.El niño ya no quiere pecho 9.El niño ya está muy grande 10.El doctor o personal de salud sugirió terminar la lactancia 11.Algún miembro de su familia o amigo(a) le sugirió terminar la lactancia 99. No sabe/No responde																																																
2.8 ¿Qué edad tenía [NOMBRE] cuando dejó de amamantarlo o darle pecho? (ENCUESTADOR: ANOTAR SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA MUJER)	<div style="text-align: right;"> Meses <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> </div> 99. No sabe/No responde																																																
2.9 ¿Por cuánto tiempo amamantó o le dio únicamente pecho a [NOMBRE], es decir, sin ningún otro alimento o bebida incluyendo agua o te? (ENCUESTADOR: ANOTAR SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA MUJER)	<div style="text-align: right;"> Meses <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </div> 88. No sabe 99. No responde → Pasar a 2.16																																																
2.10 ¿Actualmente le da de comer o beber a [NOMBRE] alguno de los siguientes productos? (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES INCLUYENDO EL NÚMERO, EXCPETO 99.NO SABE/NO RESPONDE)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1. Sí</th> <th style="text-align: center;">2. No</th> <th style="text-align: center;">99. No sabe/No resp</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Agua simple o pura</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Agua con azúcar, miel o piloncillo</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Suero casero (agua con sal+ azúcar)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Té u otra infusión</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Miel sola</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6. Leche de vaca</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8. Jugo de fruta</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>9. Papillas</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>10. Caldos</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11. Sales de rehidratación o suero oral</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		1. Sí	2. No	99. No sabe/No resp	1. Agua simple o pura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Agua con azúcar, miel o piloncillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Suero casero (agua con sal+ azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Té u otra infusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Miel sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Leche de vaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Jugo de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Papillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Caldos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sales de rehidratación o suero oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1. Sí	2. No	99. No sabe/No resp																																														
1. Agua simple o pura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
2. Agua con azúcar, miel o piloncillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
3. Suero casero (agua con sal+ azúcar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
4. Té u otra infusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
5. Miel sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
6. Leche de vaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
8. Jugo de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
9. Papillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
10. Caldos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
11. Sales de rehidratación o suero oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																														
2.11a El día de ayer, ¿cuántas veces durante el día tomó [NOMBRE] pecho?	<div style="text-align: right;">Veces durante el día <input type="checkbox"/></div> 99. No sabe/No responde																																																
2.11b ¿Cuántas veces durante la noche?	<div style="text-align: right;">Veces durante la noche <input type="checkbox"/></div> 99.No sabe/ No responde																																																
2.12 En general, ¿le da pecho a [NOMBRE] cada vez que lo pide? o sea, ¿a libre demanda?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No 99. No sabe/ No responde																																																

2.13 ¿Le da la leche de su pecho en mamila (biberón)?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde <input type="checkbox"/>
2.14 ¿Considera que la leche materna todavía es el principal alimento de [NOMBRE]?	1. Sí → Pasar 2.16 <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde → Pasar 2.16 <input type="checkbox"/>
2.15 ¿Qué edad tenía [NOMBRE] cuando la leche materna dejó de ser su principal alimento?	Meses <input type="checkbox"/> Semanas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde <input type="checkbox"/>
2.16 Después de que nació [NOMBRE] ¿cuánto tiempo tardó en darle pecho por primera vez? (ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES DEL 1 AL 5)	1. Durante la primera hora de nacido <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 6 horas después de nacido <input type="checkbox"/> 3. De 6 horas después de haber nacido <input type="checkbox"/> 4. Después de 6 horas pero menos de un día <input type="checkbox"/> 5. Después de más de un día de nacido <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde <input type="checkbox"/>
2.17 Después de que nació [NOMBRE] ¿Qué hizo con la primera leche? (El calostro, la leche aguada que sale en los primeros 3 días después de que nace el bebé) (ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES DEL 1 AL 2)	1. Se la dio al bebé <input type="checkbox"/> 2. Se desechó <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde <input type="checkbox"/>
2.18 En los primeros tres días después del nacimiento de [NOMBRE], ¿le dio algo de beber aparte de su pecho?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No → Pase a 2.20 <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde → Pase a 2.20 <input type="checkbox"/>
2.19 ¿Qué le dio de beber aparte de su pecho? (ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)	1. Agua simple <input type="checkbox"/> 2. Agua con azúcar, miel o piloncillo <input type="checkbox"/> 3. Suero casero (agua con sal + azúcar) <input type="checkbox"/> 4. Té u otra infusión <input type="checkbox"/> 5. Miel sola <input type="checkbox"/> 6. Leche de vaca <input type="checkbox"/> 7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula <input type="checkbox"/> 8. Jugo de fruta <input type="checkbox"/> 9. Caldos <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde <input type="checkbox"/>
2.20 Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué le dan de comer a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS OPCIONES DADAS)	1. Leche materna (almacenada en biberón o recipiente) <input type="checkbox"/> 2. Leche en polvo (fórmula) <input type="checkbox"/> 3. Otra leche <input type="checkbox"/> 4. Atoles <input type="checkbox"/> 5. Caldos o sopas <input type="checkbox"/> 6. Alimentos sólidos/papillas (especifique) <input type="checkbox"/> 7. Nunca deja encargado al bebé → Pase a sección III <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde → Pase a sección III <input type="checkbox"/>
2.21 Cuando usted sale de casa, ¿quién alimenta a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, EN CASO DE QUE MENCIONE MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTE LA PRIMERA)	1. El padre <input type="checkbox"/> 2. La abuela <input type="checkbox"/> 3. Los hijos <input type="checkbox"/> 4. Otras personas <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde <input type="checkbox"/>

III. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

La siguiente sección trata sobre las distintas creencias que tienen las madres acerca de la lactancia materna y prácticas de alimentación en menores de 6 meses.

3.1 ¿Hasta qué edad del menor, cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde <input type="checkbox"/>
3.2 ¿A qué edad los bebés pueden comer otros alimentos además de la leche materna? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde <input type="checkbox"/>

Ahora le leeré algunas cosas que piensa la gente acerca de la lactancia materna. Me gustaría que usted me dijera si usted está de acuerdo o no está de acuerdo con cada una de estas ideas. ENCUESTADOR: LEER LOS ENUNCIADOS Y PARA CADA UNO PREGUNTAR SI ESTÁ DE ACUERDO O NO ESTÁ DE ACUERDO. NO LEER "NO SABE/NO RESPONDE"

¿Está usted de acuerdo con que...

		Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	Ns/Nr	
3.3	La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna?	1	2	99	3.3 []
3.4	Los menores amamantados se enferman menos que los menores que toman fórmula infantil (fórmula láctea o leche en polvo)?	1	2	99	3.4 []
3.5	La leche materna no proporciona todos los nutrientes y líquidos que un bebé necesita durante los primeros 6 meses de vida, por lo que se le deben de dar otros alimentos y líquidos?	1	2	99	3.5 []
3.6	Amamantar o dar pecho ayuda a la madre a recuperar el peso que tenía antes del embarazo?	1	2	99	3.6 []
3.7	Amamantar o dar pecho puede disminuir las posibilidades de que la madre padezca diabetes, cáncer de mama o cáncer de ovarios?	1	2	99	3.7 []
3.8	Se deben tener horarios para que el bebé tome pecho?	1	2	99	3.8 []
3.9	La leche materna cuando se extrae y se almacena pierde sus propiedades?	1	2	99	3.9 []
3.10	Darle otros alimentos y líquidos al bebé además de leche materna antes de los 6 meses de edad puede enfermar al bebé?	1	2	99	3.10 []
3.11	Un bebé entre los 6 y 24 meses debe tomar leche materna y otros líquidos?	1	2	99	3.11 []

IV. PROVISIÓN DEL SERVICIO: LACTANCIA MATERNA

A continuación le haré algunas preguntas sobre recomendaciones o consejos de lactancia materna que pudieron haberle dado cuando fue a sus consultas a la unidad de salud.

4.1. En sus visitas a la unidad de salud, ¿le han comentado cuánto tiempo debe o debió amamantar o dar únicamente pecho a su bebé, sin ningún otro alimento o bebida como agua o té?	1. Sí [] 2. No → Pase a 4.3 9. No responde → Pase a 4.3
4.2 ¿Por cuánto tiempo le dijeron debe darle únicamente pecho a [NOMBRE], sin ningún otro alimento o bebida como agua o té? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Días [] Meses [] Años [] 99. No sabe/No responde
4.3 Durante las revisiones en la unidad de salud, ¿le comentaron a partir de qué edad debe amamantar a su bebé en combinación con otros alimentos?	1. Sí [] 2. No 99. No sabe/No responde
4.4 ¿A partir de qué edad le dijeron que debe darle otros alimentos a [NOMBRE] además de la leche materna? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Días [] Meses [] Años [] 99.No sabe/ No responde
4.5 Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿el médico o profesional de la salud le ha preguntado si tiene problemas para amamantar o dar pecho?	1. Sí [] 2. No 99.No sabe/ No responde
4.6 ¿Ha tenido o tiene algún problema para amamantar?	1. Sí [] 2. No → Pase a 4.9 99. No sabe/No responde → Pase a 4.9
4.7 Durante las revisiones de [NOMBRE], ¿usted le ha comentado al médico o profesional de la salud sus problemas para amamantar?	1. Sí [] 2. No → Pase a 4.9 99.No sabe/ No responde → Pase a 4.9

4.8 ¿Considera que el médico o profesional de la salud solucionó sus dudas?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/ No responde
4.9 Durante las revisiones de [NOMBRE] ¿le dieron consejos sobre cómo amamantar al bebé?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99.No sabe/ No responde
4.10 ¿Le han comentado en la clínica o unidad de salud sobre los beneficios que tiene darle pecho a [NOMBRE]?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde
4.11 ¿Le han comentado en la clínica sobre qué debe comer usted cuando está o estuvo amamantando?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde
4.12 ¿Le han comentado en la clínica cómo extraer y almacenar la leche materna?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde
4.13 Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿le han dicho a qué edad debe dejar de amamantar a [NOMBRE]?	1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 99. No sabe/No responde
4.14 ¿A qué edad le dijeron que debe dejar de amamantar a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/> 99. No sabe/No responde
4.15 ¿Hace cuánto tiempo fue su última consulta o visita en la clínica de [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Días <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde

V. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Ahora le voy a preguntar acerca de otros alimentos y bebidas que [NOMBRE] haya comido o tomado durante las últimas 24 horas, desde ayer cuando se despertó hasta hoy cuando se despertó. Me interesa saber lo que haya comido o tomado aunque haya sido combinado con otros alimentos o solamente una probadita.

ENCUESTADOR: Lea cada uno de los alimentos y las bebidas en la lista. Pregunte primero si lo comió/tomó o no, si fue una probadita o si considera que lo comió/bebió en cantidad mayor a una probadita)

		Comió o bebió una probadita	Comió/bebió cantidad mayor a una probadita	No lo comió/ bebió	No sabe/No responde		
5.1	Leche LICONSA (antes CONASUPO)	1	2	3	99	5.1	<input type="text"/>
5.2	Papilla Nutrisano	1	2	3	99	5.2	<input type="text"/>
5.3	Bebida láctea Nutrisano	1	2	3	99	5.3	<input type="text"/>
5.4	Vita niño	1	2	3	99	5.4	<input type="text"/>
5.5	Otra leche (cualquiera, incluyendo leche en polvo. (No incluye Liconsa o Bebida láctea Nutrisano).	1	2	3	99	5.5	<input type="text"/>
5.6	Fórmula infantil (cualquier marca)	1	2	3	99	5.6	<input type="text"/>
5.7	Azúcar, miel o chocolate agregado a su leche o fórmula	1	2	3	99	5.7	<input type="text"/>
5.8	Agua simple	1	2	3	99	5.8	<input type="text"/>
5.9	Té o café simple (sin azúcar, miel o piloncillo)	1	2	3	99	5.9	<input type="text"/>
5.10	Agua, té, café con azúcar o miel o piloncillo	1	2	3	99	5.10	<input type="text"/>
5.11	Azúcar en algún alimento además del agua, té, o café	1	2	3	99	5.11	<input type="text"/>
5.12	Sal	1	2	3	99	5.12	<input type="text"/>
5.13	Jugo fresco o enlatado o refrescos	1	2	3	99	5.13	<input type="text"/>
5.14	Caldito de frijol	1	2	3	99	5.14	<input type="text"/>
5.15	Caldito de pollo o res	1	2	3	99	5.15	<input type="text"/>
5.16	Zanahoria, calabaza o camote amarillo	1	2	3	99	5.16	<input type="text"/>

5.17	Acelgas, berros, espinacas, o alguna otra hoja de color verde oscura similar	1	2	3	99	5.17	<input type="text"/>
5.18	Mango maduro o papaya	1	2	3	99	5.18	<input type="text"/>
5.19	Vísceras como hígado, riñones, corazón	1	2	3	99	5.19	<input type="text"/>
5.20	Carne de res, puerco, cordero, borrego, pollo, pato u otra	1	2	3	99	5.20	<input type="text"/>
5.21	Huevos (enteros, claras o yemas)	1	2	3	99	5.21	<input type="text"/>
5.22	Pescado o mariscos frescos o secos	1	2	3	99	5.22	<input type="text"/>
5.23	Leche fermentada tipo Yakult, o yogurt, Danonino o queso.	1	2	3	99	5.23	<input type="text"/>
5.24	Alguna otra fruta o verdura que no mencioné (manzana, durazno, plátano, calabacitas, etc.)	1	2	3	99	5.24	<input type="text"/>

VI. CREENCIAS SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Ahora le haré algunas preguntas sobre ideas que tiene la gente acerca de la alimentación de los mayores de 6 meses.

6.1 ¿La mayoría de los alimentos que come y las bebidas que toma [NOMBRE] se preparan especialmente para él o le sirve de lo que se preparó para el resto de la familia?	1. Preparados especialmente para [NOMBRE] 2. Son los mismos alimentos que come el resto de la familia 3. Una combinación de las dos 99. No sabe/No responde	<input type="text"/>
6.2 Si [NOMBRE] no quiere comer, ¿qué hace para animarlo a comer? (ENCUESTADOR: SI MENCIONA MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTAR HASTA DOS)	1. Aplaudir 2. Hacer muecas/jugar/reír 3. Demostrar/enseñar cómo comer 4. Decir palabras alentadoras 5. Otros (especifique) _____ 99. No sabe/No responde	1era <input type="text"/> 2da <input type="text"/>
6.3 ¿Qué consistencia considera usted que deben tener las papillas que les dan a los niños mayores de 6 meses? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DE RESPUESTA DEL 1 AL 3 INCLUYENDO EL NÚMERO)	1. Aguadas o líquidas 2. Machacadas, molidas o trituradas (espesas) 3. Enteras 99. No sabe/No responde	<input type="text"/>
6.4 En cuanto a las papillas, ¿qué alimentos usted le pondría para hacerlas más nutritivas? (ENCUESTADOR: <u>NO LEA</u> LAS OPCIONES, EN CASO DE QUE MENCIONE MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTE LA PRIMERA)	1. Alimentos de origen animal 2. Leguminosas y frutos secos 3. Frutas y verduras ricas en vitamina A 4. Verduras de hoja verde 5. Otros (especifique) _____ 99. No sabe/No responde	<input type="text"/>

VII. PROVISIÓN DEL SERVICIO SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACION

A continuación le haré algunas preguntas sobre recomendaciones que le pudieron haber hecho durante sus visitas a la unidad de salud.

El médico o la enfermera... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES "SÍ O NO" EXCEPTO NO SABE/NO RESPONDE)

Rotar		Sí	No	No sabe/No resp	
7.1	¿Le explicó lo que le sucede a los menores si se les da de comer alimentos sólidos antes de cumplir los seis meses?	1	2	99	7.1 <input type="text"/>
7.2	¿Le explicó qué cantidad y cada cuándo se le deben dar los alimentos al menor?	1	2	99	7.2 <input type="text"/>
7.3	¿Le explicó los diferentes tipos de alimentos que se le pueden proporcionar a [NOMBRE]?	1	2	99	7.3 <input type="text"/>
7.4	¿Le comentó sobre la forma correcta para alimentar a [NOMBRE]?	1	2	99	7.4 <input type="text"/>

VIII. PROVISIÓN DEL SERVICIO

Ahora le haré algunas preguntas sobre la última consulta médica de [NOMBRE] en la unidad de salud.

En la última consulta médica de [NOMBRE] ... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES "SÍ/NO" EXCEPTO NO SABE/NO RESPONDE)

Rotar		Sí	No	No sabe/No resp		
8.1	¿Pesaron a [NOMBRE]?	1	2	99	8.1	[]
8.2	¿Midieron a [NOMBRE]?	1	2	99	8.2	[]
8.3	¿Recibió consejos sobre qué darle de comer a [NOMBRE]?	1	2	99	8.3	[]
8.4	¿Le revisaron el color de labios a [NOMBRE]?	1	2	99	8.4	[]
8.5	¿Le revisaron el color de encías a [NOMBRE]?	1	2	99	8.5	[]
8.6	¿Le revisaron las palmas de la mano a [NOMBRE]?	1	2	99	8.6	[]
8.7	¿Le revisaron el color de la cara a [NOMBRE]?	1	2	99	8.7	[]
8.8	¿Le hicieron o mandaron a hacer prueba de sangre a [NOMBRE]?	1	2	99	8.8	[]
8.9	¿Le explicaron cuál es el peso y estatura ideal para [NOMBRE]?	1	2	99	8.9	[]
8.10	¿Le explicaron por qué les da anemia a los?	1	2	99	8.10	[]
8.11	¿Le explicaron cómo puede prevenirse la anemia?	1	2	99	8.11	[]
8.12	¿Le recomendaron que sus hijos hicieran ejercicio durante el día?	1	2	99	8.12	[]

8.13 ¿Le han diagnosticado anemia a [NOMBRE]?	1. Sí 2. No →Pase a Sección IX 99. No sabe/No responde →Pase a Sección IX	[]
8.14 ¿Le diagnosticaron anemia severa o moderada a [NOMBRE]?	1. Moderada 2. Severa 99. No sabe/No responde	[]
8.15 ¿Qué tratamiento le aconsejaron seguir para la anemia de [NOMBRE]?	1. Vita Niño 2. 60 mg de hierro diario 3. No sabe 4. Otra (especifique) _____ 99. No sabe/No responde	[]

IX. SUPLEMENTACIÓN

A continuación le haré algunas preguntas sobre algunos suplementos que pueden haberle entregado en la unidad de salud donde llevó a [NOMBRE] a sus revisiones.

A. VITA NIÑO

9.1 ¿Alguna vez le han dado sobres de Vita Niño para [NOMBRE] en la clínica o centro de salud? (Vita Niño: sobres de vitaminas para niños entregados por el programa Prospera)	1. Sí 2. No →Pase a sección B 99. No sabe/ No responde → Pase a sección B	[]
9.2 Actualmente usted le da Vita Niño a [NOMBRE]?	1. Sí →Pase a 9.4 2. No 99. No sabe/No responde	[]

9.3 ¿Por qué no le da Vita Niño? (ENCUESTADOR: NO LEER OPCIONES DE RESPUESTA)	1. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo 2. No le dieron el suplemento 3. No le dijeron cómo debía dárselo 4. No entendió las indicaciones 5. No le(s) gusta el suplemento 6. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 7. El sobre o suplemento estaban en mal estado 8. Había caducado (fecha no estaba vigente) 9. Se olvida de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. No le gusta dar a sus hijos suplementos (de ningún tipo) 13. Algún personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 99. No sabe/ No responde	[]
9.4 En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo preparar el Vita Niño?	1. Sí 2. No →Pase a 9.6 99. No sabe/ No responde →Pase a 9.6	[]
9.5 ¿Cómo debe tomarse el Vita Niño? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DE RESPUESTA DEL 1 AL 3)	1. Mezclado en un vaso de agua o jugo 2. Mezclado con papilla, guisado o alimentos molidos 3. Directamente del sobre 99. No sabe/ No responde	[]
9.6 En la clínica o centro de salud le explicaron cuánto tiempo debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?	1. Sí 2. No →Pase a 9.8 99. No sabe/ No responde →Pase a 9.8	[]
9.7 ¿Durante cuánto tiempo debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?	Frecuencia: 1. Al día 2. A la semana 3. Al mes 99. No sabe/ No responde	Veces [] Frecuencia []
9.8 En la clínica o centro de salud le explicaron hasta qué edad debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?	1. Sí 2. No →Pase a 9.10 99. No sabe/No responde →Pase a 9.10	[]
9.9 ¿Hasta qué edad debe [NOMBRE] tomar Vita Niño? (ENCUESTADOR: HACER QUE LAS CASILLAS DE MESES Y AÑOS SEAN MUTUAMENTE EXCLUYENTES. SI LA RESPUESTA ES EN MESES, DESHABILITAR LA DE AÑOS)	99. No sabe/ No responde	Meses [] Años []
9.10 ¿Regularmente comparte el Vita Niño con algún otro niño o integrante del hogar?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[]

B. NUTRISANO

ENCUESTADOR: ESTA SECCIÓN SÓLO CORRESPONDE A BENEFICIARIAS QUE TIENEN ASIGNADA UNA UNIDAD DE SALUD RURAL

SI ES ZONA URBANA→FIN DE LA ENTREVISTA

SI EL NIÑO TIENE DE 6 A 11 MESES DE EDAD EN UNIDADES RURALES→CONTINUAR

SI EL NIÑO TIENE DE 12 A 23 MESES DE EDAD EN UNIDADES RURALES→PASAR A SECCIÓN C

9.11 En la clínica o centro de salud ¿le dieron papilla Nutrisano para [NOMBRE]?	1. Sí 2. No →Fin de la entrevista 99. No sabe/ No responde → Fin de la entrevista	[]
9.12 Actualmente usted le da la papilla Nutrisano a [NOMBRE]?	1. Sí→Pase a 9.14 2. No 99. No sabe/No responde	[]

9.13 ¿Por qué no le da la papilla Nutrisano? (ENCUESTADOR: NO LEER OPCIONES DE RESPUESTA)	01. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo [] 02. No le dieron el suplemento 03. No le dijeron cómo debía dárselo 04. No entendió las indicaciones 05. No le(s) gusta el suplemento 06. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 07. El sobre o suplemento estaban en mal estado 08. Había caducado (fecha no estaba vigente) 09. Se olvidó de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. No le gusta dar a sus hijos pastillas o suplementos (de ningún tipo) 13. Alguien del personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 14. Otra (esp) _____ 99. No sabe/ No responde
9.14 En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo preparar la papilla Nutrisano?	1. Sí [] 2. No → Pase a 9.16 99. No sabe/ No responde → Pase a 9.16
9.15 ¿Cómo debe tomarse la Nutrisano papilla? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DE RESPUESTA INCLUYENDO EL NÚMERO EXCEPTO 99. NO SABE/NO RESPONDE)	1. Mezclar 4 cucharadas de Nutrisano con 3 cucharadas de agua [] 2. Mezclar Nutrisano con guisado o alimentos molidos 3. Directamente del sobre 99. No sabe/ No responde
9.16 En la clínica o centro de salud le dijeron cada cuánto tiempo debe darle la papilla Nutrisano [NOMBRE]?	1. Sí [] 2. No → Pase a 9.18 99. No sabe/ No responde → Pase a 9.18
9.17 ¿Cada cuánto tiempo debe darle la papilla Nutrisano a [NOMBRE]?	<div style="text-align: right;">Veces []</div> Frecuencia: Frecuencia [] 1. Al día 2. A la semana 3. Al mes 99. No sabe/ No responde
9.18 En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle la papilla Nutrisano a [NOMBRE]?	1. Sí [] 2. No → Fin de la entrevista 99. No sabe/ No responde → Fin de la entrevista
9.19 ¿Hasta qué edad debe darle la papilla Nutrisano a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	<div style="text-align: right;">Meses []</div> <div style="text-align: right;">Años []</div> 99. No sabe/ No responde

ENCUESTADOR: SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 Y 11 MESES DE EDAD → FIN DE LA ENTREVISTA
 LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO ES PARA NIÑOS ENTRE 12 Y 23 MESES DE EDAD EN ZONAS RURALES

C. BEBIDA LÁCTEA NUTRISANO

9.20 En la clínica o centro de salud ¿le dieron bebida Láctea Nutrisano para [NOMBRE]? <i>(Bebida láctea Nutrisano: bebida para niños distribuida por el programa Prospera)</i>	1. Sí [] 2. No → Fin de la entrevista 99. No sabe/ No responde → Fin de la entrevista
9.21 ¿Actualmente usted le da bebida Láctea Nutrisano a [NOMBRE]?	1. Sí → Pase a 9.23 [] 2. No 99. No sabe/ No responde

9.22 ¿Por qué no le da bebida Láctea Nutrisano? (ENCUESTADOR: NO LEER OPCIONES DE RESPUESTA)	01. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo [] 02. No le dieron el suplemento 03. No le dijeron cómo debía dárselo 04. No entendió las indicaciones 05. No le(s) gusta el suplemento 06. Le(s) hace daño (cualquier reacción) 07. El envase o suplemento estaban en mal estado 08. Había caducado (fecha no estaba vigente) 09. Se olvida de darlo 10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo 11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo 12. No le gusta dar a sus hijos suplementos (de ningún tipo) 13. Otra (especifique) _____ 99. No sabe/ No responde
9.23 En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo debe tomarse la bebida Láctea Nutrisano?	1. Sí [] 2. No → <i>Pase a 9.25</i> 99. No sabe/No responde → <i>Pase a 9.25</i>
9.24 ¿Cómo debe tomarse la bebida Láctea Nutrisano? (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DE RESPUESTA DEL 1 AL 3)	1. Tomar directamente del sobre [] 2. Mezclar bebida láctea Nutrisano con guisado o alimentos molidos 3. Mezclar 3 cucharadas de bebida láctea Nutrisano en un vaso de agua 99. No sabe/ No responde
9.25 ¿En la clínica o centro de salud le explicaron cada cuánto tiempo debe darle bebida Láctea Nutrisano a [NOMBRE]?	1. Sí [] 2. No → <i>Pase a 9.27</i> 99. No sabe/ No responde → <i>Pase a 9.27</i>
9.26 ¿Cada cuánto tiempo debe darle bebida Láctea Nutrisano a [NOMBRE]?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Frecuencia: 1. Al día 99. No sabe/ No responde 3. Al mes </div> <div> 2. A la semana </div> <div style="text-align: right;"> Veces [] Frecuencia [] </div> </div>
9.27 ¿En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle bebida Láctea Nutrisano a [NOMBRE]?	1. Sí [] 2. No → <i>Fin de la entrevista</i> 99. No sabe/No responde → <i>Fin de la entrevista</i>
9.28 ¿Hasta qué edad le dijeron que debe darle a [NOMBRE] bebida Láctea Nutrisano? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	<div style="text-align: right;"> Meses [] Años [] </div> 99. No sabe/ No responde

Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que son muy valiosas para poder mejorar el servicio.