

# Cuestionario sobre la ESIAN para madres con hijos de 0 a 5 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 0 a 5 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 0 Y 5 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 NIÑO, 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

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

6 HABITANTES TEMPORALES EN LA LOCALIDAD

7 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN

## 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?	Número de personas <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde
1.2 En total, ¿cuántos niños y niñas 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
1.3. ¿Actualmente usted... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6)	1. Es soltera? <input type="text"/> 2. Es casada? <input type="text"/> 3. Vive en unión libre? <input type="text"/> 4. Es viuda? <input type="text"/> 5. Está separada? <input type="text"/> 6. Está divorciada? <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde
1.4 ¿Actualmente usted asiste a la escuela?	1. Sí <input type="text"/> 2. No <input type="text"/> 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"/> 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
1.6 ¿La semana pasada usted trabajó o realizó alguna actividad por la que le pagaron?	1. Sí <input type="text"/> 2. No <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde
1.7 ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena?	1. Sí <input type="text"/> 2. No <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde
2.3 ¿En dónde 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 <input type="text"/> 99. No sabe/ No responde → Pasar a 2.6

<b>2.5 ¿Por qué no le dio pecho a [NOMBRE]?</b> (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES. SI MENCIONA MÁS DE UNO, 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																																																
<b>2.6 ¿Actualmente [NOMBRE] toma pecho?</b>	1. Sí → Pasar a 2.10 <input type="checkbox"/> 2. No 99. No sabe/ No responde → Pasar a 2.10																																																
<b>2.7 ¿Por qué [NOMBRE] ya no toma pecho?</b> (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES Y 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																																																
<b>2.8 ¿Qué edad tenía [NOMBRE] cuando dejó el pecho completamente?</b> (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																																																
<b>2.9 ¿Por cuánto tiempo le dio únicamente pecho a [NOMBRE], es decir, sin ningún otro alimento o bebida incluyendo agua o te?</b> (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 → Pasar a 2.15																																																
<b>2.10 ¿Actualmente le da de comer o beber a [NOMBRE] alguno de los siguientes productos?</b> (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES)	<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"/>																																														
<b>2.11a El día de ayer, ¿cuántas veces durante el día tomó pecho [NOMBRE]?</b>	<div style="text-align: right;">Veces durante el día <input type="checkbox"/></div> 99. No sabe/ No responde																																																
<b>2.11b ¿Cuántas veces durante la noche?</b>	<div style="text-align: right;">Veces durante la noche <input type="checkbox"/></div> 99. No sabe/ No responde																																																
<b>2.12 En general, ¿le da pecho a [NOMBRE] cada vez que lo pide? o sea, ¿a libre demanda?</b>	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 2. No 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 2. No 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? (ENCUESTADOR: ANOTAR SÓLO MESES O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA MUJER)	99. No sabe/ No responde	Meses Días	<input type="checkbox"/> <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 2. De 1 a 6 horas después de nacido 3. De 6 horas después de haber nacido 4. Después de 6 horas pero menos de un día 5. Después de más de un día de nacido 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 2. Se desechó 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 2. No → Pase a 2.20 99. No sabe/ No responde → Pase a 2.20			<input type="checkbox"/>
2.19 ¿Qué le dio de beber aparte de su pecho? (ENCUESTADOR: <b>NO LEA</b> LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE)	1. Agua simple 2. Agua con azúcar, miel o piloncillo 3. Suero casero (agua con sal + azúcar) 4. Té u otra infusión 5. Miel sola 6. Leche de vaca 7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula 8. Jugo de fruta 9. Caldos 99. No sabe/ No responde			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.20 Cuando sale de su casa y deja al bebé ¿qué le dan de comer a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: <b>NO LEA</b> LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS OPCIONES DADAS)	1. Leche materna (almacenada en biberón o recipiente) 2. Leche en polvo (fórmula) 3. Otra leche 4. Atoles 5. Caldos o sopas 6. Alimentos sólidos/papillas (especifique) _____ 7. Nunca deja encargado al bebe → Pase a 2.22 99. No sabe/ No responde → Pase a 2.22			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.21 Cuando usted sale de casa, ¿quién alimenta a [NOMBRE]? (ENCUESTADOR: <b>NO LEA</b> LAS OPCIONES, ENCASO DE QUE MENCIONE MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTE LA PRIMERA)	1. El padre 2. La abuela 3. Los hijos 4. Otras personas 99. No sabe/ No responde			<input type="checkbox"/>
2.22 Ahora me gustaría preguntarle acerca de algunos líquidos o alimentos que [NOMBRE] pudo haber bebido ayer durante el día o por la noche, desde ayer cuando se despertó hasta hoy cuando se despertó. Me interesa saber lo que haya comido aunque haya sido sólo una probadita (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES)				
[NOMBRE] comió/bebió:	1. Sí	2. No	99. No Sabe/No Resp	
a. Agua simple/pura/natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Fórmula infantil o leche en polvo para niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Leche LICONSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Nutrisano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Otra leche (enlatada, animal en polvo o fresca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Jugo de frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

g. Refresco	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Caldito de frijol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i. Caldito de pollo o res	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j. Yogurt, Yakult o Danonino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Papilla de cereales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l. Té o café	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
m. Huevos (enteros, claras o yemas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
n. Papilla de frutas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
o. Papilla de verduras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
p. Carne de res, puerco, pollo u otra	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.23 ¿Alguna vez ha alimentado a [NOMBRE] con fórmula infantil (leche en polvo para niños, leche de fórmula)?	1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde		<input type="text"/>

### III. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

La siguiente sección trata sobre las distintas creencias que tienen las madres sobre lactancia en bebés menores de 6 meses.

3.1 ¿Hasta qué edad cree usted que se debe alimentar al niño(a) solamente con leche materna, sin darle ningún otro alimento o líquido? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	99. No sabe/ No responde	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>
3.2 Muchas madres tienen que trabajar y se separan de sus bebés. En esta situación, ¿cómo podría una madre continuar alimentando a su bebé exclusivamente con leche materna?	1. La extracción de leche materna a mano y almacenarla 2. Que la madre deje de trabajar 3. Otros (especifique) _____ 99. No responde	<input type="text"/>
3.3 ¿Hasta qué edad del niño(a), cree usted que una mujer debe de dar leche materna a su hijo? (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	99. No sabe/ No responde	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>
3.4 ¿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)	99. No sabe/ No responde	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>

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 en desacuerdo con cada una de ellas.

¿Está usted de acuerdo con que...

		Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No Sabe/No Responde	
3.5	La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna?	1	2	99	3.5 <input type="text"/>
3.6	Los niños amamantados se enferman menos que los niños que toman fórmula infantil (fórmula láctea o leche en polvo)?	1	2	99	3.6 <input type="text"/>
3.7	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	3.7 <input type="text"/>
3.8	Amamantar o dar pecho ayuda a la madre a recuperar el peso que tenía antes del embarazo?	1	2	99	3.8 <input type="text"/>
3.9	Amamantar o dar pecho puede disminuir las posibilidades de que la madre padezca diabetes, cáncer de mama o cáncer de ovarios?	1	2	99	3.9 <input type="text"/>

3.10	Se deben tener horarios para que el bebé tome pecho?	1	2	99	3.10 [ ]
3.11	La leche materna cuando se extrae y se almacena pierde sus propiedades?	1	2	99	3.11 [ ]
3.12	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	3.12 [ ]
3.13	Un bebé entre los 0 y 6 meses debe tomar leche materna y otros líquidos?	1	2	99	3.13 [ ]

#### IV. PROVISIÓN DEL SERVICIO

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

4.1. En las visitas a la clínica de salud, ¿le han comentado cuánto tiempo debe o debió dar únicamente pecho a su bebé, sin ningún otro alimento o bebida como agua o té?	1. Sí 2. No → Pase a 4.3 99. No sabe/ No responde → Pase a 4.3	[ ]
4.2 ¿Por cuánto tiempo le dijeron que 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)	99. No sabe/ No responde	Días[ ] Meses[ ] Años [ ]
4.3 En las visitas a la unidad de salud, ¿le comentaron a partir de qué edad debe darle otros alimentos a [NOMBRE] además de la leche materna?	1. Sí 2. No → Pase a 4.5 99. No sabe/ No responde → Pase a 4.5	[ ]
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)	99. No sabe/ No responde	Días[ ] Meses[ ] Años [ ]
4.5 Durante las revisiones de [NOMBRE], ¿el médico o personal de 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 personal de 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 personal de salud solucionó sus dudas?	1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde	[ ]
4.9 Durante las revisiones de [NOMBRE] ¿le dieron consejos sobre cómo amamantar al bebé?	1. Sí 2. No 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 2. No 99. No sabe/ No responde	[ ]
4.11 ¿Le han comentado en la unidad de salud sobre qué debe comer usted cuando está o estuvo amamantando?	1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde	[ ]
4.12 ¿Le han comentado en la clínica cómo extraer y almacenar la leche materna?	1. Sí 2. No 99. No sabe/ No responde	[ ]
4.13 Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿le han dicho a qué edad le debería dejar de amamantar a [NOMBRE]?	1. Sí 2. No → Pase a 4.15 99. No sabe/ No responde → Pase a 4.15	[ ]

<b>4.14 ¿A qué edad le dijeron que debe dejar de amamantar a [NOMBRE]?</b> (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	Meses <input type="text"/> Años <input type="text"/>
<b>4.15 ¿Hace cuánto tiempo fue su última consulta o visita en la clínica de [NOMBRE]?</b> (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	99. No sabe/ No responde

**5. Ahora le haré algunas preguntas sobre la última consulta médica de [NOMBRE] en la unidad de salud.**  
**En la última consulta médica de [NOMBRE] en la clínica... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES)**

Rotar		Sí	No	No Sabe/No Responde	
5.1	¿Pesaron a [NOMBRE]?	1	2	99	5.1 <input type="text"/>
5.2	¿Midieron a [NOMBRE]?	1	2	99	5.2 <input type="text"/>
5.3	¿Le comentaron algo sobre el peso y el tamaño de su bebé?	1	2	99	5.3 <input type="text"/>
5.4	¿Le explicaron cuál es el peso y el tamaño ideal para [NOMBRE]?	1	2	99	5.4 <input type="text"/>
5.5	¿Recibió consejos sobre qué darle de comer a [NOMBRE]?	1	2	99	5.5 <input type="text"/>
5.6	¿Le revisaron el color de labios a [NOMBRE]?	1	2	99	5.6 <input type="text"/>
5.7	¿Le revisaron el color de encías a [NOMBRE]?	1	2	99	5.7 <input type="text"/>
5.8	¿Le revisaron las palmas de la mano a [NOMBRE]?	1	2	99	5.8 <input type="text"/>
5.9	¿Le revisaron el color de la cara a [NOMBRE]?	1	2	99	5.9 <input type="text"/>
5.10	¿Le hicieron o mandaron a hacer prueba de sangre a [NOMBRE]?	1	2	99	5.10 <input type="text"/>
5.11	¿Le comentaron algo sobre el peso y el tamaño de su bebé?	1	2	99	5.11 <input type="text"/>
5.12	¿Le explicaron por qué les da anemia a los niños?	1	2	99	5.12 <input type="text"/>
5.13	¿Le explicaron cómo puede prevenirse la anemia?	1	2	99	5.13 <input type="text"/>

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