

## Cuestionario sobre la EslAN para madres con hijos de 24 a 59 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  $\Rightarrow$  CONTINÚA**

**No** ⇒ FIN DE LA ENTREVISTA

¿Actualmente tiene un hijo de 24 a 59 meses de edad?

**SÍ  $\Rightarrow$  CONTINÚA**

**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 MADRE

**APELLIDOS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO

**NOMBRE(S):** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **EDAD:** |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ DÍA MES AÑO AÑOS

**4. NOMBRE DEL MENOR ENTRE 24 Y 59 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)	<input type="text"/>	HORA DE INICIO	<input type="text"/>
RESULTADO*	<input type="text"/>	HORA DE TÉRMINO	<input type="text"/>
¿Se requirió ayuda de un traductor?	1. Sí 2. No		<input type="text"/>

**(\*) 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? 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: 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 99. No sabe/No responde
1.7 ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena?	1. Sí <input type="text"/> 2. No 99. No sabe/No responde

**II. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 24 A 59 MESES**

[ENCUESTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE APLICAN A LA MADRE DEL NIÑO].

A continuación le haré algunas preguntas acerca de la alimentación de [NOMBRE].

2.1 ¿Usted sabe qué comió [NOMBRE] el día de ayer?	1. Sí <input type="text"/> 2. No → pasar a sección III 99. No sabe/No responde → pasar a sección III
--	--

Le voy a pedir que hablemos de los alimentos que consumió [NOMBRE] el día de ayer. Desde que se levantó hasta que se durmió [NOMBRE] consumió...? (ENCUESTADOR: LEA TODOS LOS ALIMENTOS)

		SÍ	NO	No sabe/No resp	
<b>PRODUCTOS LÁCTEOS</b>					
2.2	Fórmula infantil	1	2	99	2.2 <input type="text"/>
2.3	Leche LICONSA	1	2	99	2.3 <input type="text"/>
2.4	Otra leche (cualquiera, incluyendo leche en polvo. No incluye Liconsa ni Nutrisano)	1	2	99	2.4 <input type="text"/>
2.5	Leche fermentada tipo Yakult o Danonino	1	2	99	2.5 <input type="text"/>
2.6	Yogurt	1	2	99	2.6 <input type="text"/>
2.7	Queso	1	2	99	2.7 <input type="text"/>

		SÍ	NO	No sabe/No resp		
2.8	Azúcar, miel o chocolate agregado a su leche o fórmula	1	2	99	2.8	<input type="checkbox"/>
<b>LÍQUIDOS</b>						
2.9	Agua simple/sola/natural	1	2	99	2.9	<input type="checkbox"/>
2.10	Té o café simple (sin azúcar o miel)	1	2	99	2.10	<input type="checkbox"/>
2.11	Agua, té o café con azúcar o miel	1	2	99	2.11	<input type="checkbox"/>
2.12	Jugos naturales o frescos	1	2	99	2.12	<input type="checkbox"/>
2.13	Jugos o néctares enlatados o en caja	1	2	99	2.13	<input type="checkbox"/>
2.14	Refresco normal	1	2	99	2.14	<input type="checkbox"/>
2.15	Refresco de dieta	1	2	99	2.15	<input type="checkbox"/>
2.16	Caldo de frijol, pollo, res o pescado	1	2	99	2.16	<input type="checkbox"/>
<b>CEREALES Y TUBÉRCULOS</b>						
2.17	Sopa de pasta	1	2	99	2.17	<input type="checkbox"/>
2.18	Arroz	1	2	99	2.18	<input type="checkbox"/>
2.19	Pan de caja, bolillo o telera	1	2	99	2.19	<input type="checkbox"/>
2.20	Pan dulce	1	2	99	2.20	<input type="checkbox"/>
2.21	Galletas	1	2	99	2.21	<input type="checkbox"/>
2.22	Avena	1	2	99	2.22	<input type="checkbox"/>
2.23	Tortillas de harina de trigo	1	2	99	2.23	<input type="checkbox"/>
2.24	Tortillas de maíz	1	2	99	2.24	<input type="checkbox"/>
2.25	Cereal de caja (nombre _____)	1	2	99	2.25	<input type="checkbox"/>
2.26	Papas	1	2	99	2.26	<input type="checkbox"/>
2.27	Sopas instantáneas	1	2	99	2.27	<input type="checkbox"/>
<b>LEGUMINOSAS</b>						
2.28	Frijoles	1	2	99	2.28	<input type="checkbox"/>
2.29	Lentejas, garbanzo, habas o alubias	1	2	99	2.29	<input type="checkbox"/>
<b>FRUTAS</b>						
2.30	Plátano	1	2	99	2.30	<input type="checkbox"/>
2.31	Jícama	1	2	99	2.31	<input type="checkbox"/>
2.32	Naranja o mandarina	1	2	99	2.32	<input type="checkbox"/>
2.33	Manzana o pera	1	2	99	2.33	<input type="checkbox"/>
2.34	Melón o sandía	1	2	99	2.34	<input type="checkbox"/>
2.35	Guayaba	1	2	99	2.35	<input type="checkbox"/>
2.36	Mango	1	2	99	2.36	<input type="checkbox"/>
2.37	Papaya	1	2	99	2.37	<input type="checkbox"/>
2.38	Piña	1	2	99	2.38	<input type="checkbox"/>
2.39	Toronja	1	2	99	2.39	<input type="checkbox"/>
2.40	Fresa	1	2	99	2.40	<input type="checkbox"/>
2.41	Uvas	1	2	99	2.41	<input type="checkbox"/>
2.42	Durazno o melocotón	1	2	99	2.42	<input type="checkbox"/>
2.43	Frutas en almíbar	1	2	99	2.43	<input type="checkbox"/>
<b>VERDURAS</b>						
2.44	Jitomate	1	2	99	2.44	<input type="checkbox"/>
2.45	Verduras de hoja verde oscura (acelgas, espinacas, quelites)	1	2	99	2.45	<input type="checkbox"/>
2.46	Chayote	1	2	99	2.46	<input type="checkbox"/>
2.47	Zanahoria	1	2	99	2.47	<input type="checkbox"/>
2.48	Calabacita	1	2	99	2.48	<input type="checkbox"/>
2.49	Brócoli o coliflor	1	2	99	2.49	<input type="checkbox"/>
2.50	Elote	1	2	99	2.50	<input type="checkbox"/>

		SÍ	NO	No sabe/No resp		
2.51	Nopales	1	2	99	2.51	[ ]
2.52	Aguacate	1	2	99	2.52	[ ]
2.53	Ejotes	1	2	99	2.53	[ ]
2.54	Sopa de verduras	1	2	99	2.54	[ ]
<b>PROTEÍNAS ANIMALES</b>						
2.55	Carne de res, puerco, cordero, borrego, pollo, pato u otra	1	2	99	2.55	[ ]
2.56	Pescado o mariscos frescos, secos o enlatados	1	2	99	2.56	[ ]
2.57	Vísceras como hígado, riñones, corazón, mollejas	1	2	99	2.57	[ ]
2.58	Embutidos (salchicha, jamón o mortadela)	1	2	99	2.58	[ ]
2.59	Huevo (entero, yema, clara)	1	2	99	2.59	[ ]
2.60	Longaniza o chorizo	1	2	99	2.60	[ ]
<b>PRODUCTOS DE MAÍZ</b>						
2.61	Antojitos como sopes, quesadillas, tlacoyos, gorditas y enchiladas	1	2	99	2.61	[ ]
2.62	Pozole	1	2	99	2.62	[ ]
2.63	Tamal	1	2	99	2.63	[ ]
2.64	Atole	1	2	99	2.64	[ ]
<b>BOTANAS, DULCES Y POSTRES</b>						
2.65	Dulces	1	2	99	2.65	[ ]
2.66	Gelatina o flan	1	2	99	2.66	[ ]
2.67	Helados, nieves o paletas heladas	1	2	99	2.67	[ ]
2.68	Pastelillos industrializados	1	2	99	2.68	[ ]
2.69	Frituras o papas fritas	1	2	99	2.69	[ ]
2.70	Pastel	1	2	99	2.70	[ ]
2.71	Barras de cereal	1	2	99	2.71	[ ]

### III. CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL MENOR

Ahora le voy a leer algunas cosas que piensa la gente acerca de la alimentación de los niños entre 2 y 5 años. 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 resp		
3.1	[NOMBRE] debe tomar mucha leche de vaca?	1	2	99	3.1	[ ]
3.2	Los frijoles y lentejas (leguminosas) tienen mucho hierro?	1	2	99	3.2	[ ]
3.3	Las carnes, las aves y los pescados tienen mucho hierro?	1	2	99	3.3	[ ]
3.4	Los niños y las niñas <u>no</u> deben comer huevo?	1	2	99	3.4	[ ]
3.5	Es bueno combinar alimentos como la naranja, limón, jitomate (con vitamina C) con alimentos como frijoles y lentejas (con hierro)?	1	2	99	3.5	[ ]
3.6	Se debe disminuir el consumo de pastelitos, donas conchas o frituras por parte de sus hijos o hijas?	1	2	99	3.6	[ ]
3.7	Los refrescos ayudan a los niños y niñas a crecer sanos y fuertes?	1	2	99	3.7	[ ]
3.8	Tomar agua de frutas es mejor que tomar agua simple (natural, sola, potable)?	1	2	99	3.8	[ ]
3.9	Freír la comida es mejor que asarla?	1	2	99	3.9	[ ]
3.10	La mala alimentación puede generar diabetes y obesidad?	1	2	99	3.10	[ ]

		Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No sabe/No resp		
3.11	Hacer ejercicio diario es importante para que los niños de la edad de [NOMBRE] tengan mejor salud?	1	2	99	3.11	[ ]
3.12	Si un niño de la edad de [NOMBRE] come mal, tendrá problemas para aprender en la escuela?	1	2	99	3.12	[ ]
3.13	Es malo que un niño pase más de una hora sentado o sin moverse?	1	2	99	3.13	[ ]

#### IV. PROVISIÓN DEL SERVICIO: ALIMENTACIÓN DEL MENOR

A continuación le haré algunas preguntas sobre recomendaciones o consejos que pudieron haberle dado en las visitas o consultas médicas en la unidad de salud.

[ENCUESTADOR: LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE APLICAN A LA MADRE DEL NIÑO].

4.1 ¿[NOMBRE] ha acudido a alguna consulta o revisión médica?	1. Sí 2. No → Pasar a Sección VI 99. No sabe/No responde → Pasar a Sección VI	[ ]
4.2 ¿Quién revisó a [NOMBRE] la última vez que acudió a consulta?	1. Médico 2. Enfermera 99. No sabe/No responde	[ ]
4.3 ¿En dónde han revisado a [NOMBRE] la mayoría de las veces?	1. Clínica IMSS-Prospera 2. Centro de salud SSA 3. Unidad móvil 4. Otras instituciones de gobierno 5. Consultorio, clínica privada, hospital privado 99. No sabe/No responde	[ ]
4.4. Durante las visitas a la clínica, ¿le dieron información sobre cómo mejorar la alimentación de [NOMBRE]?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.5 ¿Le explicaron qué es el plato del buen comer?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.6 Durante las visitas a la clínica, ¿le explicaron las consecuencias de que los niños de la edad de [NOMBRE] tengan obesidad o sobrepeso?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.7 ¿Le explicaron que los niños con obesidad pueden tener más enfermedades cuando sean adultos?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.8 ¿Le explicaron los beneficios de que [NOMBRE] haga ejercicio?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.9 ¿Le comentaron cuánto tiempo al día debe de ejercitarse [NOMBRE]?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]
4.10 Durante las visitas a la clínica de [NOMBRE], ¿le han recomendado... (ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 7)	1. Disminuir el consumo de refrescos, bebidas azucaradas, golosinas y comida chatarra? 2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada? 3. Usar frutas o verduras de estación para que sean más económicas? 4. Comer más frutas y verduras? 5. Preparar los alimentos asados en lugar de fritos? 6. Que [NOMBRE] haga por lo menos 1 hora al día de actividad física como jugar, correr o hacer deporte? 7. Disminuir el tiempo que [NOMBRE] pasa frente a la televisión? 99. No sabe/No responde	1. Sí [ ] 2. No [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## V. PROVISIÓN DEL SERVICIO

Ahora le haré algunas preguntas sobre la última revisión médica de [NOMBRE] en la clínica.

En la última revisión médica de [NOMBRE] en la clínica... (ENCUESTADOR: LEER TODAS LAS OPCIONES)?

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

5.12 ¿Le han diagnosticado anemia a [NOMBRE]?	1. Sí 2. No →Pase a Sección VI 99. No sabe/No responde →Pase a Sección VI	<input type="checkbox"/>
5.13 ¿Le diagnosticaron anemia severa o moderada a [NOMBRE]?	1. Moderada 2. Severa 99. No sabe/No responde	<input type="checkbox"/>
5.14 ¿Qué tratamiento le aconsejaron seguir para la anemia de [NOMBRE]?	1. Vita Niño 2. 60 mg de hierro diario 99. No sabe/No responde	<input type="checkbox"/>

## VI. SUPLEMENTACIÓN

A continuación le haré algunas preguntas sobre algunos suplementos que pueden haberle entregado a [NOMBRE] durante alguna de las visitas o consultas a la unidad de salud.

### A. VITA NIÑO

6.1 ¿Alguna vez le han dado sobres de Vita Niño para [NOMBRE] en la clínica o centro de salud?	1. Sí 2. No →Fin de la entrevista 99. No sabe/No responde →Fin de la entrevista	<input type="checkbox"/>
6.2 Actualmente usted le da Vita Niño a [NOMBRE]?	1. Sí →Pase a 6.4 2. No 99. No sabe/No responde	<input type="checkbox"/>
6.3 ¿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 estaba 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. Algún personal de PROSPERA le recomendó no dárselo	<input type="checkbox"/>

	13. No le gusta dar a sus hijos pastillas o suplementos (de ningún tipo) 99. No sabe/No responde	
<b>6.4 En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo preparar el Vita Niño?</b>	1. Sí 2. No →Pase a 6.6 99. No sabe/No responde →Pase a 6.6	[ ]
<b>6.5 ¿Cómo debe tomarse el Vita Niño?</b> (ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DEL 1 AL 3)	<b>1. Mezclado en un vaso de agua o jugo</b> <b>2. Mezclado con papilla, guisado o alimentos molidos</b> <b>3. Directamente del sobre</b> 99. No sabe/No responde	[ ]
<b>6.6 En la clínica o centro de salud le dijeron cada cuánto tiempo debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?</b>	1. Sí 2. No →Pase a 6.8 99. No sabe/No responde →Pase a 6.8	[ ]
<b>6.7 ¿Cada cuánto tiempo le dijeron debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?</b>	Frecuencia: 1. Al día 2. A la semana 3. Al mes 99. No sabe/No responde	Veces [ ] Frecuencia [ ]
<b>6.8 En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle Vita Niño a [NOMBRE]?</b>	1. Sí 2. No →Pase a 6.10 99. No sabe/No responde →Pase a 6.10	[ ]
<b>6.9 ¿Hasta qué edad le dijeron que [NOMBRE] debe tomar Vita Niño?</b> (ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA)	99. No sabe/No responde	Meses [ ] Años [ ]
<b>6.10 ¿Regularmente comparte el Vita Niño con algún otro niño o integrante del hogar?</b>	1. Sí 2. No 99. No sabe/No responde	[ ]

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