

**SEGUNDO LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN EN HOGARES  
BENEFICIARIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA EsIAN  
CUESTIONARIO PARA MUJERES EMBARAZADAS**

**FOLIO** | | - | | | [Folio]  
Estado Consecutivo

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMANTE			
ESTADO [Edo]:    08. CHIHUAHUA                      20. OAXACA                      30. VERACRUZ			
Municipio [Mpio] _____		Localidad [Locali] _____	
AGEB [AGEB] _____		Manzana [Mz] _____	
Domicilio de la vivienda _____			
(Calle, avenida, callejón, carretera, camino o descripción de la vivienda) [calle]			
Número interior [num_int] _____		Número exterior [num_ext] _____	
Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional [colonia] _____			
Código Postal [cp] _____			
Nombre [nom_ccs] y clave de la unidad de salud a la que pertenece [cve_ccs]: _____			
Observaciones (DESCRIPCION DE LA FACHADA Y OTRAS RELEVANTES) [obs] _____			
VISITAS DEL ENCUESTADOR [vis_enc]	1	2	3
NOMBRE DEL ENCUESTADOR [nom_enc]			
CLAVE DEL ENCUESTADOR [cve_enc]	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
FECHA [Fec_#]	_ _  -  _ _  - 2017 <small>Día Mes Año</small>	_ _  -  _ _  - 2017 <small>Día Mes Año</small>	_ _  -  _ _  - 2017 <small>Día Mes Año</small>
HORA DE VISITA AL HOGAR [Hor_vh#]	_ : _  <small>Horas Minutos</small>	_ : _  <small>Horas Minutos</small>	_ : _  <small>Horas Minutos</small>
CÓDIGO DE RESULTADO [res]	_ _	_ _	_ _
<b>ENTREVISTADOR:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LOS CÓDIGOS 01 A 08 REGISTRAN EL RESULTADO DEL HOGAR</li> <li>▪ LOS CÓDIGOS 10 A 16 IDENTIFICAN EL RESULTADO DE LA BENEFICIARIA SELECCIONADA</li> </ul>			
<b>Código de Resultado:</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <b>HOGAR:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>01. Nadie en casa</li> <li>02. Se negó a dar información</li> <li>03. Ausentes temporales</li> <li>04. Todo el hogar migró</li> <li>05. Informante inadecuado</li> <li>06. Habitantes temporales en la localidad</li> <li>07. No es vivienda</li> <li>08. Otro (<b>Especifique en observaciones</b>)</li> </ul> </div> <div style="width: 48%;"> <b>BENEFICIARIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Entrevista completa</li> <li>11. Entrevista incompleta (se negó a continuar con la entrevista)</li> <li>12. Entrevista aplazada a petición de la beneficiaria</li> <li>13. La seleccionada se negó a contestar/ rechazo</li> <li>14. Ausente en el momento de la visita</li> <li>15. Ausente temporal (por vacaciones, trabajo, etc.)</li> <li>16. Informante adecuado no disponible</li> <li>17. Otro (<b>Especifique en observaciones</b>)</li> <li>18. No cuenta con comprobante PROSPERA</li> <li>19. La beneficiaria falleció</li> <li>20. Embarazo de alto riesgo</li> <li>21. Ya no vive ahí</li> <li>22. Tutor no disponible para firmar consentimiento</li> </ul> </div> </div>		
<b>ENCUESTADOR:</b> ¿REQUIRIÓ LA AYUDA DE UN TRADUCTOR? [trad]    1. SI                      2. NO			
Supervisado    1. Sí    2. No			
Nombre y Clave [cve_sup ]del Supervisor [cve_sup] _____			
Fecha de la Supervisión [fec_sup]  _ _ - _ _ -2017 <small>Día Mes Año</small>		Tipo de Supervisión [tipo_sup ]:    1. Directa                      2. Posterior	

Observaciones[obs]: \_\_\_\_\_

Buenos días/ tardes, mi nombre es \_\_\_\_\_, y trabajo en **Berumen** una empresa que se dedica a medir la opinión de los mexicanos sobre diversos temas. En este momento estamos realizando una entrevista en materia de Salud a la población beneficiaria de PROSPERA. Le comento que su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y confidencial. Como en todos los estudios que realizamos, los datos que usted nos proporcione sólo se usarán para fines estadísticos y serán utilizados con estricta confidencialidad en apego a lo que señala la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

**ENCUESTADOR:**

1. SI → CONTINÚE

2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

1. SI → CONTINÚE

2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

1. SI (ANOTE EN EL RECUADRO DE ABAJO FOLIO PROSPERA Y FAMILIA ID)

FAMILIA ID: | | | | | | | | | | [P03\_famid]

**2. NO→ (FIN DE LA ENTREVISTA)**

\_\_\_\_\_

— APELLIDO PATERNO [P04\_apat]      APELLIDO MATERNO [P04\_amat]      NOMBRE(S) [P04\_nom]

6. EDAD [P6]: |\_\_|\_\_|  
Años

HORA DE INICIO | | : | |  
[Hor\_#] Horas Minutos

FOLIO | | - | | |  
Estado Consecutivo [Folio]

## 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? [P01\_01]

| | NÚMERO DE PERSONAS 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? [P01\_02]

| | NÚMERO DE PERSONAS 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.3) ¿Actualmente usted... [P01\_03]

ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6

- |                         |                   |                          |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. Es soltera?          | 4. Es viuda?      | 6. Está divorciada?      |
| 2. Es casada?           | 5. Está separada? | 99. NO SABE/ NO RESPONDE |
| 3. Vive en unión libre? |                   |                          |

1.4) ¿Actualmente usted asiste a la escuela? [P01\_04]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.5) ¿Cuál fue el último año y grado que usted aprobó en la escuela? [P01\_05]  
GRADO

ENCUESTADOR: ANOTE AÑO Y

AÑO [P01_05_año]	GRADO [P01_05_grado]	AÑO [P01_05_año]	GRADO [P01_05_grado]
	1. NUNCA HA IDO A LA ESCUELA		6. NORMAL
	2. PREESCOLAR O KÍNDER		7. CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL
	3. PRIMARIA		8. PROFESIONAL O SUPERIOR
	4. SECUNDARIA		9. MAESTRÍA O DOCTORADO
	5. PREPARATORIA O BACHILLERATO		99. NO SABE/ NO RESPONDE

1.6) ¿La semana pasada usted trabajó o realizó alguna actividad por la que le pagaron? [P01\_06]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

1.7) ¿Usted habla o entiende alguna lengua indígena? [P01\_07]

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? [P02\_01]

1. | | SEMANAS 99. NO SABE/NO RESPONDE

2.2) ¿Hace cuánto tiempo fue su última revisión? [P02\_02]

ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA MUJER

1. | | MESES [P02\_02\_mes] 2. | | SEMANAS [P02\_02\_sem] 3. | | DÍAS [P02\_02\_días]  
99. NO SABE/NO RESPONDE

2.3) ¿Durante alguna de sus revisiones médicas le han dicho que su embarazo es de alto riesgo? [P02\_03]

1. Sí → FIN DE LA ENTREVISTA 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

**2.4) ¿Cuántos embarazos ha tenido en total? [P02\_04]**  
**ENCUESTADOR: NO OMITA EL EMBARAZO ACTUAL, AUNQUE ÉSTE SEA EL PRIMERO**  
 1. |\_\_| |\_\_| NÚMERO DE EMBARAZOS 99. NO SABE/NO RESPONDE

**2.5) ¿En qué institución(es) de salud atiende su embarazo? [P02\_05]**  
**ENCUESTADOR: SI MENCIONA MÁS DE UNA, ANOTAR HASTA TRES OPCIONES.**  
 1. Clínica IMSS-Prospera 5. Consultorio, clínica privada, hospital privado  
 2. Centro de salud SSA 6. Casa de la partera  
 3. Unidad móvil 99. NO SABE/NO RESPONDE  
 4. Otras instituciones de gobierno

**2.6) ¿Cuántas veces la han revisado durante este embarazo en la clínica o unidad de salud? [P02\_06]**  
 1. |\_\_| |\_\_| NÚMERO DE VECES 2. No la han revisado → **FIN DE LA ENTREVISTA** 99. NO SABE/NO RESPONDE

**2.7) ¿Cuántos meses tenía de embarazo cuándo la revisaron por primera vez? [P02\_07]**  
 1. |\_\_| |\_\_| MESES 99. NO SABE/NO RESPONDE

**2.8) La mayoría de las veces que usted ha acudido a su consulta de rutina por el embarazo, ¿quién la ha revisado? [P02\_08]**  
**ENCUESTADOR: LEER OPCIONES DEL 1 AL 4**  
 1. Médico 4. Promotor, auxiliar o voluntario de salud  
 2. Enfermera 99. NO SABE/NO RESPONDE  
 3. Partera

**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

**3.1) ¿Está usted de acuerdo con que... [P03\_01]**

<b>ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR REGLÓN</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>No sabe/NR</b>
1. La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna? [P03_01_1]	1	2	99
2. Los niños amamantados se enferman menos que los niños que toman fórmula infantil (fórmula láctea o leche en polvo)? [P03_01_2]	1	2	99
3. Lo que una mujer come durante su embarazo afecta su salud? [P03_01_3]	1	2	99
4. Lo que una mujer come durante su embarazo afecta en la salud de su bebé? [P03_01_4]	1	2	99
5. Si una mujer embarazada come una dieta saludable no necesita hacer ejercicio físico? [P03_01_5]	1	2	99
6. Una mujer embarazada puede consumir todo el bolillo, arroz, papa y tortillas que se le antoje? [P03_01_6]	1	2	99
7. Una mujer embarazada no debe hacer ejercicio ni actividad física? [P03_01_7]	1	2	99
8. Las mujeres embarazadas deben de reducir su consumo de bebidas azucaradas como refresco y consumir más agua simple? [P03_01_8]	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... [P04_01]			
ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN			
	SI	NO	NO SABE/NR
1. pesado? [P04_01_1]	1	2	99
2. tomado la presión arterial? [P04_01_2]	1	2	99
3. mandado pruebas o medido su nivel de azúcar en la sangre? [P04_01_3]	1	2	99
4. mandado pruebas o tomado muestras de sangre? [P04_01_4]	1	2	99
5. mandado pruebas o tomado muestras de orina? [P04_01_5]	1	2	99
6. platicado sobre cuánto debería aumentar su peso durante el embarazo? [P04_01_6]	1	2	99
7. dado recomendaciones sobre lactancia materna? [P04_01_7]	1	2	99
8. revisado el color de las encías? [P04_01_8]	1	2	99
9. revisado las palmas de la mano? [P04_01_9]	1	2	99
10. preguntado cuál era su peso antes del embarazo? [P04_01_10]	1	2	99
4.2) Durante este embarazo, ¿cómo ha cambiado su peso? [P04_02]			
1. Ha subido de peso [P04_02_01]      2. Ha bajado de peso [P04_02_02]      99. NO SABE/NO RESPONDE ↳ ¿Cuántos kilos ha subido? _____ . _____       ↳ ¿Cuántos kilos ha bajado? _____ . _____  [P04_02_01_#]      [P04_02_02_#]			
4.3) Durante su revisiones en la clínica, le han dicho que...[P04_03]      ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 4			
1. Ha subido demasiado de peso      4. No le han dicho nada sobre su peso 2. Ha subido adecuadamente de peso      99. NO SABE/NO RESPONDE 3. Ha tenido ganancia insuficiente de peso			
4.4) ¿Le han dado recomendaciones para el manejo de su peso durante este embarazo? [P04_04]			
1. Sí      2. No → PASE A 4.6      99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.6			
4.5) Durante sus visitas a la clínica, para controlar su peso ¿le han recomendado... [P04_05]			
ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 3			
	SI	NO	NO SABE/NR
1. Comer frutas y verduras incluyendo las de hojas verdes como espinacas, acelgas y brócoli? [P04_05_1]	1	2	9
2. Cambiar bebidas azucaradas y refresco por agua simple, hervida o clorada? [P04_05_2]	1	2	9
3. Caminar entre 20 y 30 minutos cada día a paso rápido? [P04_05_3]	1	2	9
4.6) Durante sus visitas a la clínica de salud, ¿le han recomendado tomar Nutrivida Tabletas? [P04_06]			
1. Sí      2. No      99. NO SABE/NO RESPONDE			
4.7) ¿Alguna vez durante su embarazo le han entregado Nutrivida Tabletas en la unidad de salud? [P04_07]			
1. Sí      2. No → PASE A 4.14      99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.14			
4.8) En su última visita a la unidad de salud, ¿le entregaron Nutrivida Tabletas? [P04_08]			
1. Sí      2. No      99. NO SABE/NO RESPONDE			
4.9) ¿Alguien en el centro de salud le explicó cómo tomar Nutrivida Tabletas? [P04_09]			
1. Sí      2. No → PASE A 4.14      99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.14			

**4.10) ¿Con qué frecuencia le recomendaron tomar Nutrivida Tabletadas? [P04\_10]**  
**ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO DÍA, SEMANA O MES Y NÚMERO DE VECES, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA**

1. Al día → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_10\_1#]      3. Al mes → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_10\_3#]  
2. A la semana → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_10\_2#]      99. NO SABE/NO RESPONDE

---

**4.11) ¿Durante cuánto tiempo le recomendaron tomar Nutrivida Tabletadas? [P04\_11]**  
**ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO DÍA, SEMANA O MES Y NÚMERO DE VECES, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA**

1. Al día → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_11\_1#]      3. Al mes → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_11\_3#]  
2. A la semana → ¿Cuántas veces? |\_\_\_| |\_\_\_| [P04\_11\_2#]      99. NO SABE/NO RESPONDE

---

**4.12) ¿Usted actualmente toma Nutrivida Tabletadas? [P04\_12]**

1. Sí → **PASE A 4.14**      2. No      99. NO SABE/NO RESPONDE

---

**4.13) ¿Por qué no toma Nutrivida Tabletadas? [P04\_13]**  
**ENCUESTADOR: REGISTRE TODAS LAS QUE MENCIONE**

MENCIÓN	MENCIÓN
___  1. No le dijeron que debería tomarlas [P04_13_1]	___  6. Se le olvida tomarlas [P04_13_6]
___  2. No le han dado las tabletas [P04_13_2]	___  7. No le gusta tomarlas [P04_13_7]
___  3. No le dijeron cómo tomarlas [P04_13_3]	___  8. Están/estaban caducadas [P04_13_8]
___  4. No entendió cómo tomarlas [P04_13_4]	___  9. Otra (Especificar) [P04_13_9]
___  5. Se las acaban de dar y no las ha probado [P04_13_5]	_____ [P04_13_9_txt]
	99. NO SABE/NO RESPONDE

---

**4.14) Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿le han dado recomendaciones para prevenir la diabetes durante el embarazo? [P04\_14]**

1. Sí      2. No → **PASE A 4.16**      99. NO SABE/NO RESPONDE → **PASE A 4.16**

---

**4.15) ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le han dado en la unidad de salud para prevenir la diabetes durante el embarazo? [P04\_15]**  
**ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 3**

	SI	NO	NO SABE/NR
1. ¿Le han recomendado dieta? [P04_15_1]	1	2	99
2. ¿Le han recomendado realizar ejercicio físico? [P04_15_2]	1	2	99
3. ¿Le han recomendado controlar el aumento de peso? [P04_15_3]	1	2	99

---

**4.16) Durante este embarazo, ¿algún médico o personal de salud le ha dicho que tiene diabetes? [P04\_16]**

1. Sí      2. No → **PASE A 4.18**      99. NO SABE/NO RESPONDE → **PASE A 4.18**

---

**4.17) ¿Cuál de los siguientes tratamientos le dieron para controlar su diabetes? [P04\_17]**

ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 4	SI	NO	NO SABE/NR
1. Dieta [P04_17_1]	1	2	99
2. Ejercicio [P04_17_2]	1	2	99
3. Insulina [P04_17_3]	1	2	99
4. Pastillas [P04_17_4]	1	2	99

---

**4.18) Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿le han dado recomendaciones para prevenir la anemia? [P04\_18]**

1. Sí      2. No → **PASE A 4.20**      99. NO SABE/NO RESPONDE → **PASE A 4.20**

<b>4.19)</b> ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le han dado en la unidad de salud para prevenir la anemia durante el embarazo? ¿Le han recomendado...[P04_19]			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Consumir diariamente leguminosas como frijoles y lentejas? [P04_19_1]		1	2
2. Consumir diariamente verduras verdes? [P04_19_2]		1	2
3. Consumir diariamente alimentos de origen animal como moronga, hígado de pollo o res, sardinas, pollo, pescado, carnes, huevo? [P04_19_3]		1	2
4. Consumir alimentos ricos en vitamina C como naranja, limón, lima, chile poblano, chile seco, pimiento verde y rojo, jitomate, brócoli? [P04_19_4]		1	2
5. Consumir Nutrividá Tabletas? [P04_19_5]		1	2
6. Consumir suplementos de hierro? [P04_19_6]		1	2
<b>4.20)</b> Durante este embarazo, ¿le han dicho que tiene anemia? [P04_20]			
1. Sí                      2. No → <b>PASE A SECCIÓN V</b> 99. NO SABE/NO RESPONDE → <b>PASE A SECCIÓN V</b>			
<b>4.21)</b> ¿Qué tratamiento le dieron para controlar su anemia? [P04_21]			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Nutrividá Tabletas [P04_21_1]		1	2
2. Pastillas de hierro [P04_21_2]		1	2
<b>ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6</b>			
<b>V. RECOMENDACIONES DE LACTANCIA</b>			
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.			
<b>5.1)</b> 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? [P05_01]			
1. Sí                      2. No → <b>PASE A 5.3</b> 99. NO SABE/NO RESPONDE → <b>PASE A 5.3</b>			
<b>5.2)</b> ¿Por cuánto tiempo le dijeron que debe darle únicamente pecho a su bebé, sin ningún otro alimento o bebida como agua o té? [P05_2]			
<b>ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO DIAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA</b>			
1.  __   __  DIAS [P05_2_días]                      2.  __   __  MESES [P05_2_mes]                      3.  __   __  AÑOS [P05_2_año]			
99. NO SABE/NO RESPONDE			
<b>5.3)</b> 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? [P05_3]			
1. Sí                      2. No → <b>PASE A 5.5</b> 99. NO SABE/NO RESPONDE → <b>PASE A 5.5</b>			
<b>5.4)</b> ¿Cuántas horas después de que nazca su bebé le dijeron que debe darle pecho por primera vez? [P05_4]			
1.  __   __  HORAS                      99. NO SABE/NO RESPONDE			
<b>5.5)</b> ¿Usted considera dar pecho a su bebé cuando nazca? [P05_5]			
1. Sí                      2. No → <b>FIN DE LA ENTREVISTA</b> 99. NO SABE/NO RESPONDE → <b>FIN DE LA ENTREVISTA</b>			
<b>5.6)</b> ¿Durante cuánto tiempo piensa dar pecho a su bebé? [P05_6]			
<b>ENCUESTADOR: REGISTRE SÓLO DIAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA</b>			
1.  __   __  DIAS [P05_6_días]                      2.  __   __  MESES [P05_6_mes]                      3.  __   __  AÑOS [P05_6_año]			
99. NO SABE/NO RESPONDE			
<b>5.7)</b> 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? [P05_7]			
1. Sí                      2. No → <b>FIN DE LA ENTREVISTA</b> 99. NO SABE/NO RESPONDE → <b>FIN DE LA ENTREVISTA</b>			
<b>5.8)</b> ¿A partir de qué edad le dijeron que debe darle otros alimentos a su bebé además de la leche materna? [P05_8]			
1.  __   __  DIAS [P05_8_días]                      2.  __   __  MESES [P05_8_mes]                      3.  __   __  AÑOS [P05_8_año]			
99. NO SABE/NO RESPONDE			

HORA DE TÉRMINO [Hor_T#]  __ __ : __ __  <i>Horas Minutos</i>	<b>Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que nos servirán para mejorar el servicio.</b>
--	--