

CUESTIONARIO PARA MADRES CON HIJOS DE 0 A 5 MESES DE EDAD
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 exterior [num_ext]
Número interior [num_int]

Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional [col]

Código Postal [cp]
Nombre 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 Día Mes Año	- - 2017 Día Mes Año	- - 2017 Día Mes Año
HORA DE VISITA AL HOGAR [Hor_vh#]	: Horas Minutos	: Horas Minutos	: Horas Minutos
CÓDIGO DE RESULTADO [res]			

ENTREVISTADOR:

- LOS CÓDIGOS 01 A 08 REGISTRAN EL RESULTADO DEL HOGAR
- LOS CÓDIGOS 10 A 16 IDENTIFICAN EL RESULTADO DE LA BENEFICIARIA SELECCIONADA

Código de Resultado:	HOGAR: 01. Nadie en casa 02. Se negó a dar información 03. Ausentes temporales 04. Todo el hogar migró 05. Informante inadecuado 06. Habitantes temporales en la localidad 07. No es vivienda 08. Otro (Especifique en observaciones)	BENEFICIARIA: 10. Entrevista completa 11. Entrevista incompleta (se negó a continuar con la entrevista) 12. Entrevista aplazada a petición de la beneficiaria 13. La seleccionada se negó a contestar/ rechazo 14. Ausente en el momento de la visita 15. Ausente temporal (por vacaciones, trabajo, etc.) 16. Informante adecuado no disponible 17. Otro (Especifique en observaciones) 18. No cuenta con comprobante PROSPERA 19. La beneficiaria falleció 20. Embarazo de alto riesgo 21. Ya no vive ahí 22. Tutor no disponible para firmar consentimiento
-----------------------------	---	---

ENCUESTADOR: ¿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
Día Mes Año

Tipo de Supervisión [tipo_sup]: 1. Directa 2. Posterior

Folio de supervisión: | | | | |

Observaciones[obs]: _____

PRESENTACIÓN

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.

Le reitero que su participación en el estudio es anónima ya que sus respuestas no estarán en ningún momento asociadas a su nombre por lo que nadie podrá conocer la información que usted proporcione.

Le reitero que su participación en el estudio es anónima ya que sus respuestas no estarán en ningún momento asociadas a su nombre por lo que nadie podrá conocer la información que usted proporcione.

ENCUESTADOR:

1. ¿LA BENEFICIARIA FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO Y CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD? [P01]

1. SI → CONTINÚE 2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

2. ¿Actualmente tiene un hijo de 0 a 5 meses de edad? [P02]

1. SI → CONTINÚE 2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

3. ¿Me puede mostrar un recibo o documento de su afiliación a Prospera, antes Oportunidades? [P03]

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

FOLIO DE PROSPERA: |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| [P03_folio]

FAMILIA ID: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| [P03_famid]

2. NO → FIN DE LA ENTREVISTA

4. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE [P04]

—	—	—
APELLIDO PATERNO [P04_apat]	APELLIDO MATERNO [P04_amat]	NOMBRE(S) [P04_nom]

5. Fecha de nacimiento: - - [P05]
Día Mes Año

6. EDAD: [P06]
Años

7. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL MENOR ENTRE 0 Y 5 MESES DE EDAD [P07]

APELLIDO PATERNO [P07_apat]	APELLIDO MATERNO [P07_amat]	NOMBRE(S) [P07_nom]
-----------------------------	-----------------------------	---------------------

8. Fecha de nacimiento: |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| [P08]
Día Mes Año

9. SEXO [P09]: 1. MASCULINO 2. FEMENINO 10. EDAD: |__| |__| [P010]
Meses

11. Generalmente ¿quién acude con (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) a sus consultas a la clínica de salud? [P011]

ENCUESTADOR: REGISTRE LA RESPUESTA DE LA INFORMANTE EN FUNCIÓN DE LA RELACIÓN QUE ESA PERSONA SOSTIENE CON EL NIÑO, EJEMPLO: MAMÁ, ABUELA, ETC.

- | | | |
|--------------|---------------|-----------------------|
| 1. MADRE | 4. TÍA(O) | 7. OTRO (Especifique) |
| 2. PADRE | 5. HERMANA(O) | _____ |
| 3. ABUELA(O) | 6. SOBRINA(O) | |

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

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... ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES DEL 1 AL 6 [P01_03]

- | | | |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| 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_año] y [P01_05_grado] ENCUESTADOR: ANOTE AÑO Y GRADO

AÑO	GRADO	AÑO	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_06]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

II. LACTANCIA MATERNA

A continuación, le haré unas preguntas acerca de la lactancia de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)

2.1) ¿(MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ha acudido a alguna consulta o revisión médica? [P02_01]

1. Sí 2. No → PASE A 2.4 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 2.4

2.2) ¿Quién revisó a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) la última vez que acudió a consulta? [P02_02]

1. Médico 2. Enfermera 99. NO SABE/NO RESPONDE

2.3) ¿En dónde han revisado a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) la mayoría de las veces? [P02_03]

- | | |
|------------------------------------|---|
| 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 | |

2.4) Desde que nació (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿usted le ha dado pecho en alguna ocasión? [P02_04]

1. Sí → PASE A 2.6 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 2.6

2.5) ¿Por qué no le dio pecho a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?

ENCUESTADOR: LEA OPCIONES DEL 1 AL 8. REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA ANOTANDO EN LAS CASILLAS EL ORDEN DE MENCIÓN

MENCIÓN

MENCIÓN

|____| 1. No me gustó [P02_05_1]

|____| 6. No pude amamantar por problemas en pezones [P02_05_6]

|____| 2. La fórmula es mejor [P02_05_2]

|____| 7. Tenía muchas cosas que hacer [P02_05_7]

|____| 3. Amamantar es demasiado difícil [P02_05_3]

|____| 8. Alguien más lo amamantó [P02_05_8]

|____| 4. No tuve leche [P02_05_4]

99. NO SABE/ NO RESPONDE

|____| 5. Tenía que trabajar [P02_05_5]

**PASE A
2.20**

2.6) ¿Actualmente (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) toma pecho? [P02_06]

1. Sí → **PASE A 2.10**

2. No

99. NO SABE/NO RESPONDE → **PASE A 2.10**

2.7) ¿Por qué (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ya no toma pecho?

ENCUESTADOR: LEA OPCIONES DEL 1 AL 11. REGISTRE HASTA TRES OPCIONES

MENCIÓN

MENCIÓN

|____| 1. No me gustó [P02_07_1]

|____| 7. Tenía muchas cosas que hacer [P02_07_7]

|____| 2. La fórmula es mejor [P02_07_2]

|____| 8. El niño ya no quiere pecho [P02_07_8]

|____| 3. Amamantar es demasiado difícil [P02_07_3]

|____| 9. El niño ya está muy grande [P02_07_9]

|____| 4. No tuve leche [P02_07_4]

|____| 10. El doctor o personal de salud sugirió terminar la lactancia [P02_07_10]

|____| 5. Tenía que trabajar [P02_07_5]

|____| 11. Algún miembro de su familia o amigo(a) le sugirió terminar la lactancia [P02_07_11]

|____| 6. No pude amamantar por problemas en pezones o mastitis [P02_07_6]

99. NO SABE/ NO RESPONDE

2.8) ¿Qué edad tenía (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) cuando dejó el pecho completamente?

ENCUESTADOR: ANOTE SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA BENEFICIARIA

1. |____| MESES [P02_08_mes]

2. |____| SEMANAS [P02_08_sem]

3. |____| DÍAS [P02_08_días]

99. NO SABE/NO RESPONDE

2.9) ¿Por cuánto tiempo le dio únicamente pecho a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), es decir, sin ningún otro alimento o bebida incluyendo agua o te?

ENCUESTADOR: ANOTE SÓLO MESES, SEMANAS O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA BENEFICIARIA

1. |____| MESES [P02_09_mes]

2. |____| SEMANAS [P02_09_sem]

3. |____| DÍAS [P02_09_día]

99. NO SABE/NO RESPONDE

**PASE A
2.15**

2.10) ¿Actualmente le da de comer o beber a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) alguno de los siguientes productos?			
ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRE UNA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN			
	SI	NO	NO SABE/NO RESPONDE
1. Agua simple o pura [P02_08_mes] [P02_10_1]	1	2	99
2. Agua con azúcar, miel o piloncillo [P02_10_2]	1	2	99
3. Suero casero (agua con sal+ azúcar) [P02_10_3]	1	2	99
4. Té u otra infusión [P02_10_4]	1	2	99
5. Miel sola [P02_10_5]	1	2	99
6. Leche de vaca [P02_10_6]	1	2	99
7. Fórmula infantil, leche en polvo, leche de fórmula [P02_10_7]	1	2	99
8. Jugo de fruta [P02_10_8]	1	2	99
9. Papillas [P02_10_9]	1	2	99
10. Caldos [P02_10_10]	1	2	99
11. Sales de rehidratación o suero oral [P02_10_11]	1	2	99
2.11) El día de ayer, (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ...			
	NÚMERO DE VECES		NO SABE/NO RESPONDE
1. ¿Cuántas veces durante el día tomó pecho? [P02_11_1]	_____		99
2. ¿Cuántas veces durante la noche? [P02_11_2]	_____		99
2.12) En general, ¿le da pecho a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) cada vez que lo pide? o sea, ¿a libre demanda? [P02_12]			
1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE			
2.13) ¿Le da la leche de su pecho en mamila (biberón)? [P02_13]			
1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE			
2.14) ¿Considera que la leche materna todavía es el principal alimento de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P02_14]			
1. Sí → PASE A 2.16 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 2.16			
2.15) ¿Qué edad tenía (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) cuando la leche materna dejó de ser su principal alimento?			
ENCUESTADOR: ANOTE SÓLO MESES O DÍAS, DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA LA BENEFICIARIA			
1. _____ MESES [P02_15_01_mes] 2. _____ DÍAS [P02_15_02_dias] 99. NO SABE/NO RESPONDE			
2.16) Después de que nació (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ¿cuánto tiempo tardó en darle pecho por primera vez? [P02_16]			
1. Durante la primera hora de nacido 4. Después de 6 horas pero menos de un día			
2. De 1 a 6 horas después de nacido 5. Después de más de un día de nacido			
3. De 6 horas después de haber nacido 99. NO SABE/ NO RESPONDE			
2.17) Después de que nació (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ¿Qué hizo con la primera leche? (El calostro, la leche aguada que sale en los primeros 3 días después de que nace el bebé) [P02_17] ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES DEL 1 AL 2			
1. Se la dio al bebé 2. Se desechó 99. NO SABE/NO RESPONDE			
2.18) En los primeros tres días después del nacimiento de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿le dio algo de beber aparte de su pecho? [P02_18]			
1. Sí 2. No → PASE A 2.20 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 2.20			

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 [P02_19_01] ☐ 6. LECHE DE VACA [P02_19_06]
- ☐ 2. AGUA CON AZÚCAR, MIEL O PILONCILLO [P02_19_02] ☐ 7. FÓRMULA INFANTIL, LECHE EN POLVO, LECHE DE FÓRMULA [P02_19_07]
- ☐ 3. SUERO CASERO (AGUA CON SAL + AZÚCAR) [P02_19_03] ☐ 8. JUGO DE FRUTA [P02_19_08]
- ☐ 4. TÉ U OTRA INFUSIÓN [P02_19_04] ☐ 9. CALDOS [P02_19_09]
- ☐ 5. MIEL SOLA [P02_19_05] 99. NO SABE/ NO RESPONDE

2.20) Cuándo sale de su casa y deja al bebé ¿qué le dan de comer a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?**ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, MARQUE TODAS LAS OPCIONES DADAS**

- ☐ 1. LECHE MATERNA (ALMACENADA EN BIBERÓN O RECIPIENTE) [P02_20_01] ☐ 5. CALDOS O SOPAS [P02_20_05]
- ☐ 2. LECHE EN POLVO (FÓRMULA) [P02_20_02] ☐ 6. ALIMENTOS SÓLIDOS/PAPILLAS (especifique) [P02_20_06] _____ [P02_20_06_txt]
- ☐ 3. OTRA LECHE [P02_20_03] ☐ 7. NUNCA DEJA ENCARGADO AL BEBE [P02_20_07] → PASE A 2.22
- ☐ 4. ATOLES [P02_20_04] 99. NO SABE/ NO RESPONDE → PASE A 2.22

2.21) Cuando usted sale de casa, ¿quién alimenta a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P02_21]**ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, EN CASO 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

2.22) Ahora me gustaría preguntarle acerca de algunos líquidos o alimentos que (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) 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 Y REGISTRE UNA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN**

(MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) comió/bebió:	SI	NO	NO SABE/NO RESPONDE
1. Agua simple/pura/natural [P02_22_1]	1	2	99
2. Fórmula infantil o leche en polvo para niños [P02_22_2]	1	2	99
3. Leche LICONSA [P02_22_3]	1	2	99
4. Nutrisano [P02_22_4]	1	2	99
5. Otra leche (enlatada, animal en polvo o fresca) [P02_22_5]	1	2	99
6. Jugo de frutas [P02_22_6]	1	2	99
7. Refresco [P02_22_7]	1	2	99
8. Caldito de frijol [P02_22_8]	1	2	99
9. Caldito de pollo o res [P02_22_9]	1	2	99
10. Yogurt, Yakult o Danonino [P02_22_10]	1	2	99
11. Papilla de cereales [P02_22_11]	1	2	99
12. Té o café [P02_22_12]	1	2	99
13. Huevos (enteros, claras o yemas) [P02_22_13]	1	2	99
14. Papilla de frutas [P02_22_14]	1	2	99
15. Papilla de verduras [P02_22_15]	1	2	99
16. Carne de res, puerco, pollo u otra [P02_22_16]	1	2	99

2.23) ¿Alguna vez ha alimentado a **(MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)** con fórmula infantil (leche en polvo para niños, leche de fórmula)? [P02_23]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

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**

1. |____| MESES [P03_01_mes] 2. |____| AÑOS [P03_02_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE

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? [P03_02]

1. La extracción de leche materna a mano y almacenarla 3. Otros (especifique) [P03_02_txt]

2. Que la madre deje de trabajar _____

99. NO SABE/NO RESPONDE

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

1. |____| MESES [P03_03_mes] 2. |____| AÑOS [P03_03_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE

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

1. |____| MESES [P03_04_mes] 2. |____| AÑOS [P03_03_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE

3.5) 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. **REGISTRE UNA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN**

¿Está usted de acuerdo con que...	ESTOY DE ACUERDO	NO ESTOY DE ACUERDO	NO SABE/NO RESPONDE
1. La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna? [P03_05_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_05_2]	1	2	99
3. 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? [P03_05_3]	1	2	99
4. Amamantar o dar pecho ayuda a la madre a recuperar el peso que tenía antes del embarazo? [P03_05_4]	1	2	99
5. Amamantar o dar pecho puede disminuir las posibilidades de que la madre padezca diabetes, cáncer de mama o cáncer de ovarios? [P03_05_5]	1	2	99
6. Se deben tener horarios para que el bebé tome pecho? [P03_05_6]	1	2	99
7. La leche materna cuando se extrae y se almacena pierde sus propiedades? [P03_05_7]	1	2	99
8. Darle otros alimentos y líquidos al bebé además de leche materna antes de los 6 meses de edad puede enfermar al bebé? [P03_05_8]	1	2	99
9. Un bebé entre los 0 y 6 meses debe tomar leche materna y otros líquidos? [P03_05_9]	1	2	99

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? [P04_01] 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), sin ningún otro alimento o bebida como agua o té? ENCUESTADOR: ANOTE SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ DÍAS [P04_02_día] 2. ____ MESES [P04_02_mes] 3. ____ AÑOS [P04_02_mes] 99. NO SABE/NO RESPONDE
4.3) En las visitas a la unidad de salud, ¿le comentaron a partir de qué edad debe darle otros alimentos a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) además de la leche materna? [P04_03] 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) además de la leche materna? ENCUESTADOR: ANOTE SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ DÍAS [P04_04_día] 2. ____ MESES [P04_04_mes] 3. ____ AÑOS [P04_04_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE
4.5) Durante las revisiones de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿el médico o personal de salud le ha preguntado si tiene problemas para amamantar o dar pecho? [P04_05] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE
4.6) ¿Ha tenido o tiene algún problema para amamantar? [P04_06] 1. Sí 2. No → PASE A 4.9 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.9
4.7) Durante las revisiones de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿usted le ha comentado al médico o personal de salud sus problemas para amamantar? [P04_07] 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? [P04_08] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE
4.9) Durante las revisiones de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ¿le dieron consejos sobre cómo amamantar al bebé? [P04_09] 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P04_10] 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? [P04_11] 1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE
4.12) ¿Le han comentado en la clínica cómo extraer y almacenar la leche materna? [P04_12] 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P04_13] 1. Sí 2. No → PASE A 4.15 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.15

4.14) ¿A qué edad le dijeron que debe dejar de amamantar a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? ENCUESTADOR: ANOTE SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ MESES [P04_14_mes] 2. ____ AÑOS [P04_14_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE				
4.15) ¿Hace cuánto tiempo fue su última consulta o visita en la clínica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? ENCUESTADOR: ANOTE SOLO DÍAS, SEMANAS O MESES DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ DÍAS [P04_15_días] 2. ____ SEMANAS [P04_15_sem] 3. ____ MESES [P04_15_mes] 99. NO SABE/NO RESPONDE				
V. ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA				
Ahora le haré algunas preguntas sobre la última consulta médica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) en la unidad de salud. En la última consulta médica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) en la clínica...				
ROTAR	ENCUESTADOR: LEA ROTANDO TODAS LAS OPCIONES, MARQUE DONDE INICIE LA LECTURA Y REGISTRE UNA RESPUESTA POR RENGLÓN	SÍ	NO	NO SABE/NO RESPONDE
__ 5.1	¿Pesaron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_01]	1	2	99
__ 5.2	¿Midieron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_02]	1	2	99
__ 5.3	¿Le comentaron algo sobre el peso y el tamaño de su bebé? [P05_03]	1	2	99
__ 5.4	¿Le explicaron cuál es el peso y el tamaño ideal para (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_04]	1	2	99
__ 5.5	¿Recibió consejos sobre qué darle de comer a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_05]	1	2	99
__ 5.6	¿Le revisaron el color de labios a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_06]	1	2	99
__ 5.7	¿Le revisaron el color de encías a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_07]	1	2	99
__ 5.8	¿Le revisaron las palmas de la mano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_08]	1	2	99
__ 5.9	¿Le revisaron el color de la cara a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_09]	1	2	99
__ 5.10	¿Le hicieron o mandaron a hacer prueba de sangre a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P05_10]	1	2	99
__ 5.11	¿Le comentaron algo sobre el peso y el tamaño de su bebé? [P05_11]	1	2	99
__ 5.12	¿Le explicaron por qué les da anemia a los niños? [P05_12]	1	2	99
__ 5.13	¿Le explicaron cómo puede prevenirse la anemia? [P05_13]	1	2	99
HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA __ : __ [Hor_t#]		Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que son muy valiosas para poder mejorar el servicio.		
Horas Minutos				