

CUESTIONARIO PARA MADRES CON HIJOS DE 6 A 23 MESES DE
EDAD

FOLIO - [Folio]
Estado Consecutivo

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA INFORMANTE			
ESTADO [Edo]: 08. CHIHUAHUA 20. OAXACA 30. VERACRUZ			
Municipio [Mpio] <input type="text"/>		Localidad [Local] <input type="text"/>	
AGEB [AGEB] <input type="text"/>		Manzana [Mz] <input type="text"/>	
Domicilio de la vivienda <input type="text"/>			
(Calle, avenida, callejón, carretera, camino o descripción de la vivienda) [calle]			
Número interior [num_int] <input type="text"/>		Número exterior [num_ext] <input type="text"/>	
Colonia, fraccionamiento, barrio, unidad habitacional [colonia] <input type="text"/>		Código Postal [cp] <input type="text"/>	
Nombre [nom_ccs] y clave de la unidad de salud a la que pertenece [cve_ccs]: <input type="text"/>			
Observaciones (DESCRIPCIÓN DE LA FACHADA Y OTRAS RELEVANTES) [obs] <input type="text"/>			
VISITAS DEL ENCUESTADOR [vis_enc]	1	2	3
NOMBRE DEL ENCUESTADOR [nom_enc]			
CLAVE DEL ENCUESTADOR [cve_enc]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA [Fec_#]	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año
HORA DE VISITA AL HOGAR [Hor_vh#]	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Minutos
CÓDIGO DE RESULTADO [res]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENTREVISTADOR: <ul style="list-style-type: none"> 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] <input type="text"/>			
Fecha de la Supervisión [fec_sup] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - 2017 Día Mes Año		Tipo de Supervisión [tipo_sup]: 1. Directa 2. Posterior	
Folio de supervisión: <input type="text"/>			
Observaciones [obs]: <input type="text"/>			

[illegible]

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_07]

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 qué lugar 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.

MENCIÓN

☐ 1. No me gustó [P02_05_1]

☐ 2. La fórmula es mejor [P02_05_2]

☐ 3. Amamantar es demasiado difícil [P02_05_3]

☐ 4. No tuve leche [P02_05_4]

☐ 5. Tenía que trabajar [P02_05_5]

MENCIÓN

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

☐ 7. Tenía muchas cosas que hacer [P02_05_7]

☐ 8. Alguien más lo amamantó [P02_05_8]

99. NO SABE/ NO RESPONDE

**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 DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA ANOTANDO EN LAS CASILLAS EL ORDEN DE MENCIÓN

MENCIÓN

☐ 1. No me gustó [P02_07_1]

☐ 2. La fórmula es mejor [P02_07_2]

☐ 3. Amamantar es demasiado difícil [P02_07_3]

☐ 4. No tuve leche [P02_07_4]

☐ 5. Tenía que trabajar [P02_07_5]

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

MENCIÓN

☐ 7. Tenía muchas cosas que hacer [P02_07_7]

☐ 8. El niño ya no quiere pecho [P02_07_8]

☐ 9. El niño ya está muy grande [P02_07_9]

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

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

99. NO SABE/ NO RESPONDE

2.8) ¿Qué edad tenía (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) cuando dejó de amamantarlo o darle pecho?

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_dias]

99. NO SABE/NO RESPONDE

2.9) ¿Por cuánto tiempo amamantó o 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_dia]

99. NO SABE/NO RESPONDE

**PASE A
2.16**

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] ENCUESTADOR: LEA LAS OPCIONES DEL 1 AL 5	
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
SECCIÓN III

☐ 4. ATOLES [P02_20_04]

99. NO SABE/ NO RESPONDE → PASE A SECCIÓN III

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

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 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

1. MESES [P03_01_mes]

2. AÑOS [P03_01_años]

99. NO SABE/NO RESPONDE

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

1. MESES [P03_02_mes]

2. AÑOS [P03_02_años]

99. NO SABE/NO RESPONDE

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.

ENCUESTADOR: LEA LOS ENUNCIADOS Y PARA CADA UNO PREGUNTE SI ESTÁ DE ACUERDO O NO ESTÁ DE ACUERDO. NO LEA "NO SABE/NO RESPONDE. REGISTRE UNA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN

¿Está usted de acuerdo con que...	ESTOY DE ACUERDO	NO ESTOY DE ACUERDO	NO SABE/NO RESPONDE
3.3 La fórmula infantil contiene los mismos nutrientes que la leche materna? [P3_3]	1	2	99
3.4 Los menores amamantados se enferman menos que los menores que toman fórmula infantil (fórmula láctea o leche en polvo)? [P3_4]	1	2	99
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? [P3_5]	1	2	99
3.6 Amamantar o dar pecho ayuda a la madre a recuperar el peso que tenía antes del embarazo? [P03_6]	1	2	99
3.7 Amamantar o dar pecho puede disminuir las posibilidades de que la madre padezca diabetes, cáncer de mama o cáncer de ovarios? [P3_7]	1	2	99
3.8 Se deben tener horarios para que el bebé tome pecho? [P3_8]	1	2	99
3.9 La leche materna cuando se extrae y se almacena pierde sus propiedades? [P3_9]	1	2	99
3.10 Darle otros alimentos y líquidos al bebé además de leche materna antes de los 6 meses de edad puede enfermar al bebé? [P3_10]	1	2	99
3.11 Un bebé entre los 6 y 24 meses debe tomar leche materna y otros líquidos? [P3_11]	1	2	99

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 las visitas a la clínica 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? [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_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? [P04_03]

1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE

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

<p>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? [P04_05]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.6) ¿Ha tenido o tiene algún problema para amamantar? [P04_06]</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 4.9 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.9</p>
<p>4.7) Durante las revisiones de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR), ¿usted le ha comentado al médico o profesional de la salud sus problemas para amamantar? [P04_07]</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 4.9 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A 4.9</p>
<p>4.8) ¿Considera que el médico o profesional de la salud solucionó sus dudas? [P04_08]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.9) Durante las revisiones de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ¿le dieron consejos sobre cómo amamantar al bebé? [P04_09]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>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]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.11) ¿Le han comentado en la unidad de salud sobre qué debe comer usted cuando está o estuvo amamantando? [P04_11]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.12) ¿Le han comentado en la clínica cómo extraer y almacenar la leche materna? [P04_12]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.13) Durante sus visitas a la unidad de salud, ¿le han dicho a qué edad le debe dejar de amamantar a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P04_13]</p> <p>1. Sí 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.14) ¿A qué edad le dijeron que debe dejar de amamantar a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?</p> <p>ENCUESTADOR: ANOTE SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA</p> <p>1. ____ MESES [P04_14_mes] 2. ____ AÑOS [P04_14_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>4.15) ¿Hace cuánto tiempo fue su última consulta o visita en la clínica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?</p> <p>ENCUESTADOR: ANOTE SOLO DÍAS, MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA</p> <p>1. ____ DÍAS [P04_15_días] 2. ____ MESES [P04_15_mes] 3. ____ AÑOS [P04_15_años]</p> <p>99. NO SABE/NO RESPONDE</p>

V. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

Ahora le voy a preguntar acerca de otros alimentos y bebidas que **(MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)** 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)

	REGISTRE UNA RESPUESTA PARA CADA OPCIÓN	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) [P05_01]	1	2	3	99
5.2	Papilla Nutrisano [P05_02]	1	2	3	99
5.3	Bebida láctea Nutrisano [P05_03]	1	2	3	99
5.4	Vita niño [P05_04]	1	2	3	99
5.5	Otra leche (cualquiera, incluyendo leche en polvo. (No incluye Liconsa o Bebida láctea Nutrisano). [P05_05]	1	2	3	99
5.6	Fórmula infantil (cualquier marca) [P05_06]	1	2	3	99
5.7	Azúcar, miel o chocolate agregado a su leche o fórmula [P05_07]	1	2	3	99
5.8	Agua simple [P05_08]	1	2	3	99
5.9	Té o café simple (sin azúcar, miel o piloncillo) [P05_09]	1	2	3	99
5.10	Agua, té, café con azúcar o miel o piloncillo [P05_10]	1	2	3	99
5.11	Azúcar en algún alimento además del agua, té, o café [P05_11]	1	2	3	99
5.12	Sal [P05_12]	1	2	3	99
5.13	Jugo fresco o enlatado o refrescos [P05_13]	1	2	3	99
5.14	Caldito de frijol [P05_14]	1	2	3	99
5.15	Caldito de pollo o res [P05_15]	1	2	3	99
5.16	Zanahoria, calabaza o camote amarillo [P05_16]	1	2	3	99
5.17	Acelgas, berros, espinacas, o alguna otra hoja de color verde oscura similar [P05_17]	1	2	3	99
5.18	Mango maduro o papaya [P05_18]	1	2	3	99
5.19	Vísceras como hígado, riñones, corazón [P05_19]	1	2	3	99
5.20	Carne de res, puerco, cordero, borrego, pollo, pato u otra [P05_20]	1	2	3	99
5.21	Huevos (enteros, claras o yemas) [P05_21]	1	2	3	99
5.22	Pescado o mariscos frescos o secos [P05_22]	1	2	3	99
5.23	Leche fermentada tipo Yakult, o yogurt, Danonino o queso. [P05_23]	1	2	3	99
5.24	Alguna otra fruta o verdura que no mencioné (manzana, durazno, plátano, calabacitas, etc.) [P05_24]	1	2	3	99

VI. CREENCIAS SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

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

6.1) ¿La mayoría de los alimentos que come y las bebidas que toma (**MENCIONE NOMBRE DEL MENOR**) se preparan especialmente para él o le sirve de lo que se preparó para el resto de la familia? [P06_01]

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. Preparados especialmente para (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) | 3. Una combinación de las dos |
| 2. Son los mismos alimentos que come el resto de la familia | 99. NO SABE/NO RESPONDE |

6.2) Si (**MENCIONE NOMBRE DEL MENOR**) no quiere comer, ¿qué hace para animarlo a comer? [P06_02]

ENCUESTADOR: SI MENCIONA MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTAR HASTA DOS

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Aplaudir | 4. Decir palabras alentadoras |
| 2. Hacer muecas/jugar/reír | 5. Otros (especifique) _____ |
| 3. Demostrar/enseñar cómo comer | 99. NO SABE/NO RESPONDE |

6.3) ¿Qué consistencia considera usted que deben tener las papillas que les dan a los niños mayores de 6 meses? [P06_03]

ENCUESTADOR: LEA OPCIONES DE RESPUESTA DEL 1 AL 3 INCLUYENDO EL NÚMERO

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Aguadas o líquidas | 3. Enteras |
| 2. Machacadas, molidas o trituradas (espesas) | 99. NO SABE/NO RESPONDE |

6.4) En cuanto a las papillas, ¿qué alimentos usted le pondría para hacerlas más nutritivas? [P06_04]

ENCUESTADOR: NO LEA LAS OPCIONES, EN CASO DE QUE MENCIONE MÁS DE UNA OPCIÓN, ANOTE LA PRIMERA

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL | 4. VERDURAS DE HOJA VERDE |
| 2. LEGUMINOSAS Y FRUTOS SECOS | 5. OTROS (ESPECIFIQUE) _____ |
| 3. FRUTAS Y VERDURAS RICAS EN VITAMINA A | 99. NO SABE/NO RESPONDE |

VII. PROVISIÓN DEL SERVICIO SOBRE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

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

ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES “SÍ O NO” EXCEPTO NO SABE/NO RESPONDE

ROTAR	El médico o la enfermera...	SÍ	NO	NO SABE/NO RESPONDE
<input type="checkbox"/> 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? [P07_01]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 7.2	¿Le explicó qué cantidad y cada cuándo se le deben dar los alimentos al menor? [P07_02]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 7.3	¿Le explicó los diferentes tipos de alimentos que se le pueden proporcionar a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P07_03]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 7.4	¿Le comentó sobre la forma correcta para alimentar a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P07_04]	1	2	99

VIII. PROVISIÓN DEL SERVICIO

Ahora le haré algunas preguntas sobre la última consulta médica de (**MENCIONE NOMBRE DEL MENOR**) en la unidad de salud

ENCUESTADOR: LEA TODAS LAS OPCIONES “SÍ/NO” EXCEPTO NO SABE/NO RESPONDE

ROTAR	En la última consulta médica de (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ...	SÍ	NO	NO SABE/NO RESPONDE
<input type="checkbox"/> 8.1	¿Pesaron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_01]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.2	¿Midieron a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_02]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.3	¿Recibió consejos sobre qué darle de comer a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_03]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.4	¿Le revisaron el color de labios a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_04]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.5	¿Le revisaron el color de encías a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_05]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.6	¿Le revisaron las palmas de la mano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_06]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.7	¿Le revisaron el color de la cara a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_07]	1	2	99
<input type="checkbox"/> 8.8	¿Le hicieron o mandaron a hacer prueba de sangre a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P08_08]	1	2	99

_____ VECES [P09_07_ves] _____ FRECUENCIA (1. Al día 2. A la semana 3. Al mes) [P09_07_freq] 99. NO SABE/ NO RESPONDE		
9.8) En la clínica o centro de salud ¿le explicaron hasta qué edad debe darle Vita Niño a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_08] 1. Sí 2. No → PASE A 9.10 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A9.10		
9.9) ¿Hasta qué edad debe (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) 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 1. _____ MESES [P09_09_mes] 2. _____ AÑOS [P09_09_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE		
9.10) ¿Regularmente comparte el Vita Niño con algún otro niño o integrante del hogar? [P09_10] 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 AGRADEZCA Y TERMINE 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_11] 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_12] 1. Sí → PASE A 9.14 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE		
9.13) ¿Por qué no le da la papilla Nutrisano? [P09_13] ENCUESTADOR: NO LEA 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 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 pastillas o suplementos (de ningún tipo) 13. Alguien del personal de PROSPERA le recomendó no dárselo 14. Otra (especificar) _____ [P09_13_txt] 99. NO SABE/NO RESPONDE		
9.14) En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo preparar la papilla Nutrisano? [P09_14] 1. Sí 2. No → PASE A 9.16 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A9.16		
9.15) ¿Cómo debe tomarse la Nutrisano papilla? [P09_15] ENCUESTADOR: LEA 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 (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_16] 1. Sí 2. No → PASE A 9.18 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A9.18		

<p>9.17) ¿Cada cuánto tiempo debe darle la papilla Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?</p> <p> _____ VECES [P09_17_vec] _____ FRECUENCIA (1. Al día 2. A la semana 3. Al mes) [P09_17_freq]</p> <p>99. NO SABE/ NO RESPONDE</p>
<p>9.18) ¿En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle la papilla Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_18]</p> <p>1. Sí 2. No → FIN DE LA ENTREVISTA 99. NO SABE/NO RESPONDE → FIN DE LA ENTREVISTA</p>
<p>9.19) ¿Hasta qué edad debe darle la papilla Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?</p> <p>ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA</p> <p>1. _____ MESES [P09_19_mes] 2. _____ AÑOS [P09_19_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>ENCUESTADOR: SI EL NIÑO TIENE ENTRE 6 Y 11 MESES DE EDAD → AGRADEZCA Y TERMINE LA ENTREVISTA</p> <p>LA SIGUIENTE SECCIÓN SÓLO ES PARA NIÑOS ENTRE 12 Y 23 MESES DE EDAD EN ZONAS RURALES</p>
<p>C. BEBIDA LÁCTEA NUTRISANO</p> <p>9.20) En la clínica o centro de salud ¿le dieron bebida Láctea Nutrisano para (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_20]</p> <p><i>Bebida láctea Nutrisano: bebida para niños distribuida por el programa Prospera</i></p> <p>1. Sí 2. No → FIN DE LA ENTREVISTA 99. NO SABE/NO RESPONDE → FIN DE LA ENTREVISTA</p>
<p>9.21) ¿Actualmente usted le da bebida Láctea Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_21]</p> <p>1. Sí → PASE A9.23 2. No 99. NO SABE/NO RESPONDE</p>
<p>9.22) ¿Por qué no le da bebida Láctea Nutrisano? [P09_22] ENCUESTADOR: NO LEA OPCIONES DE RESPUESTA</p> <p>01. Se lo acaban de dar y no ha tenido oportunidad de dárselo</p> <p>02. No le dieron el suplemento</p> <p>03. No le dijeron cómo debía dárselo</p> <p>04. No entendió las indicaciones</p> <p>05. No le(s) gusta el suplemento</p> <p>06. Le(s) hace daño (cualquier reacción)</p> <p>07. El envase o suplemento estaban en mal estado</p> <p>08. Había caducado (fecha no estaba vigente)</p> <p>09. Se olvida de darlo</p> <p>10. Algún médico, enfermera, auxiliar (de cualquier lado) le recomendó no darlo</p> <p>11. Algún familiar o amigo le recomendó no darlo</p> <p>12. No le gusta dar a sus hijos suplementos (de ningún tipo)</p> <p>13. Otra (especifique) _____ [P09_22_txt]</p> <p>99. NO SABE/ NO RESPONDE</p>
<p>9.23) En la clínica o centro de salud ¿le explicaron cómo debe tomarse la bebida Láctea Nutrisano? [P09_23]</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 9.25 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A9.25</p>
<p>9.24) ¿Cómo debe tomarse la bebida Láctea Nutrisano? [P09_24] ENCUESTADOR: LEA OPCIONES DE RESPUESTA DEL 1 AL 3</p> <p>1. Tomar directamente del sobre</p> <p>2. Mezclar bebida láctea Nutrisano con guisado o alimentos molidos</p> <p>3. Mezclar 3 cucharadas de bebida láctea Nutrisano en un vaso de agua</p> <p>99. NO SABE/ NO RESPONDE</p>
<p>9.25) ¿En la clínica o centro de salud le explicaron cada cuánto tiempo debe darle bebida Láctea Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)? [P09_25]</p> <p>1. Sí 2. No → PASE A 9.27 99. NO SABE/NO RESPONDE → PASE A9.27</p>
<p>9.26) ¿Cada cuánto tiempo debe darle bebida Láctea Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR)?</p>

____ VECES [P09_26_vec] ____ FRECUENCIA (1. Al día 2. A la semana 3. Al mes) [P09_26_freq] 99. NO SABE/ NO RESPONDE	
9.27) ¿En la clínica o centro de salud le dijeron hasta qué edad debe darle bebida Láctea Nutrisano a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) ? [P09_27] 1. Sí 2. No → FIN DE LA ENTREVISTA 99. NO SABE/NO RESPONDE → FIN DE LA ENTREVISTA	
9.28) ¿Hasta qué edad le dijeron que debe darle a (MENCIONE NOMBRE DEL MENOR) bebida Láctea Nutrisano? ENCUESTADOR: ANOTAR SOLO MESES O AÑOS DEPENDIENDO DE LO QUE RESPONDA 1. ____ MESES [P09_28_mes] 2. ____ AÑOS [P09_28_años] 99. NO SABE/NO RESPONDE	
HORA DE TÉRMINO DE LA ENTREVISTA ____ ____ : ____ ____ [Hor_Tt#]	Agradecemos mucho su tiempo y sus respuestas que son muy valiosas para poder mejorar el servicio.
Horas	Minutos