

[APLIQUE A MUJERES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES –MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑOS Y EN CONSULTA PRENATAL, DE PREFERENCIA PRIMERIZAS JÓVENES <20 AÑOS]

5. CARACTERISTICAS GENERALES (socio-demográficas) (APLICAR A TODAS LAS MUJERES) "Primero quiero comentar con Usted sobre algunas cosas generales de su familia y hogar".	
5.1 ¿Cuál es su estado civil?	Es soltera= 1 Es casada= 2 Vive en unión libre= 3 __ Es viuda= 4 Es separada = 5 Es divorciada= 6
5.2 ¿Cuál fue su último grado o año de estudios? [Indique máximo grado de estudios concluido]	Ninguna=1 Kinder o preescolar=2 Primaria=3 Secundaria=4 __ Carrera Técnica=5 Preparatoria=6 Universidad=7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9
5.3 ¿Usted habla alguna lengua indígena?	Si=1 No=2 __ No sabe=9
5.4 ¿Con quién vive Ud. en su casa? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] [Todas las casillas deberán tener dato]	1. Esposo(a) o pareja.....() 2. Hijo(a)(s)() 3. Padre o madre() 4. Abuelo() 5. Abuela.....() 6. Hermano(s)() 7. Hermana(s).....() 8. Cuñado(a)() 9. Yerno o nuera() 10. Nieto(a)() 11. Sobrino(a)() 12. Primo(a)() 13. Suegro() 14. Suegra.....() 14. Tío(a)() 15. Hijo(a) adoptivo() 16. Padrastro o madrastra() 17. Hijastro(a) o entenado(a)() 18. Abuelo(a) político(a)() 88. Otro parentesco (especificar) ()
5.5 ¿Tiene radio en su casa?	Si=1 No=2 __ No sabe=9
5.6 Usted ¿escucha alguna vez la radio?	Si=1 No=2 } Pase a 5.10 No sabe=9 } __
5.7 ¿Cuántos días a la semana escucha la radio?	__ días por semana 8= Otro (especificar) _____ 9= No sabe /No recuerda /No responde
5.8 ¿Qué clase de programa de radio escucha Usted más seguido ? [ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES]	1= Noticias 2= Música 3= Infantil __ 4= Religioso 5= Deportes __ 6= Radionovela 7= Temas de salud o enfermedad 8= Otro (especificar) _____ 9= No sabe /No recuerda /No responde

<p>5.9 Generalmente, ¿A qué hora escucha radio?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>1= 0:00 - 5:59 hrs.....()</p> <p>2= 6:00 - 8:59 hrs.....()</p> <p>3= 9:00 - 11:59 hrs.....()</p> <p>4= 12:00 - 14:59 hrs.....()</p> <p>5= 15:00 - 17:59 hrs.....()</p> <p>6= 18:00 - 23:59 hrs.....()</p> <p>8= Otro (especificar) _____...()</p>
<p>5.10 Usted ¿tiene televisión en su casa?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe=9 <input type="checkbox"/></p>
<p>5.11 Usted ¿Ve alguna vez la televisión?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a 5.16 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe=9 }</p>
<p>5.12 ¿Cuántos días a la semana ve televisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> días por semana</p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.13 ¿Qué canales de televisión ve Usted con más frecuencia?</p> <p>[ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES, EL CÓDIGO SE ASIGNARÁ EN CAPTURAS]</p>	<p>1. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>2. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>8= No aplica/No procede/Nunca ve televisión</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.14 ¿Qué clase de programa ve Usted más seguido en la televisión?</p> <p>[ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES]</p>	<p>1= Noticias</p> <p>2= Música</p> <p>3= Infantil <input type="checkbox"/></p> <p>4= Religioso</p> <p>5= Deportes <input type="checkbox"/></p> <p>6= Telenovela</p> <p>7= Temas de salud o enfermedad</p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.15 Generalmente ¿A qué hora ve televisión?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>1= 0:00 - 5:59 hrs.....()</p> <p>2= 6:00 - 8:59 hrs.....()</p> <p>3= 9:00 - 11:59 hrs.....()</p> <p>4= 12:00 - 14:59 hrs.....()</p> <p>5= 15:00 - 17:59 hrs.....()</p> <p>6= 18:00 - 23:59 hrs.....()</p> <p>8= Otro (especificar) _____...()</p>
<p>5.16 Usted ¿tiene computadora en su casa?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe=9 <input type="checkbox"/></p>
<p>5.17 Usted ¿Alguna vez usa una computadora con internet (donde sea)?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a 5.21 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe=9 }</p>
<p>5.18 ¿Cuántos días a la semana usa computadora con internet?</p>	<p><input type="checkbox"/> días por semana</p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.19 ¿Qué páginas de internet usa Usted con más frecuencia?</p> <p>[ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES, EL CÓDIGO SE ASIGNARÁ EN CAPTURAS]</p>	<p>1. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>2. _____ <input type="checkbox"/></p> <p>8= No aplica/No procede/Nunca usa internet</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>

<p>5.20 ¿Qué clase de información busca Usted más seguido en internet?</p> <p>[ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES]</p>	<p>1= Noticias</p> <p>2= Entretenimiento (deporte, música) __ </p> <p>3= Correo electrónico</p> <p>4= Redes sociales __ </p> <p>5= Temas de salud o enfermedad</p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.21 ¿Usted tiene teléfono celular (personal o en su casa)?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 __ </p> <p>No sabe=9</p>
<p>5.22 ¿Alguna vez usa Usted el teléfono celular?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a 5.25 __ </p> <p>No sabe=9 }</p>
<p>5.23 ¿Cada cuánto usa el teléfono celular?</p>	<p> __ días por semana</p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.24 Usted ¿qué clase de publicidad o anuncios recibe más seguido en el teléfono celular?</p> <p>[ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES]</p>	<p>1= Noticias</p> <p>2= Entretenimiento (música, deportes, etc.) __ </p> <p>3= Temas de salud o enfermedad</p> <p>4= Mensajes de su compañía telefónica __ </p> <p>8= Otro (especificar) _____</p> <p>9= No sabe /No recuerda /No responde</p>
<p>5.25 ¿Ha visto o escuchado algún mensaje relacionado con dar pecho al bebé o a su bebé?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a 5.28 __ </p> <p>No sabe/no recuerda=9 }</p>
<p>5.26 ¿Dónde fue la última vez que vio o escuchó un mensaje relacionado con dar pecho al bebé?</p> <p>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</p> <p>Encuestador: En caso de que NO REFIERA la opción 06, 07 u 08, PASAR A PREG. 5.27.</p>	<p>Televisión.....01</p> <p>Radio.....02</p> <p>Periódico/revista.....03 __ __ </p> <p>Internet.....04</p> <p>Calle o avenida (cartel, anuncio).....05</p> <p>Hospital06</p> <p>Clínica privada.....07</p> <p>Centro de Salud.....08</p> <p>Otro...88 (especificar)_____</p> <p>No sabe.....99</p>
<p>5.26a En caso que haya referido la opción 06, 07 u 08 en la pregunta anterior, especificar quién se lo dio.</p> <p>(El código se asignará en la captura)</p>	<p>¿Quién se lo dió? _____ __ </p>
<p>5.27 ¿Cuándo fue la última vez que vio o escuchó un mensaje relacionado con dar pecho al bebé en televisión, radio o periódicos?</p> <p>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</p>	<p>En los últimos 7 días.....1</p> <p>Hace más de 7 días, pero menos de 1 mes....2</p> <p>Entre 1 y 3 meses.....3</p> <p>Entre 3 y 6 meses.....4 __ </p> <p>Hace más de 6 meses.....5</p> <p>Nunca.....6</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>5.28 ¿Ha visto o escuchado algún mensaje relacionado con leche de fórmula o leche de bote (tipo Nido) para alimentar al bebé?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a Secc. 6 __ </p> <p>No sabe/no recuerda=9 }</p>

<p>5.29 ¿Dónde fue la última vez que vio o escuchó un mensaje relacionado con leche de fórmula o leche de bote (tipo Nido) de leche para alimentar al bebé?</p> <p><i>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p> <p>Encuestador: En caso de que NO REFIERA la opción 06, 07 u 08, PASAR A PREG. 5.30.</p>	<p>Televisión.....01</p> <p>Radio.....02</p> <p>Periódico/revista.....03 __ __ </p> <p>Internet.....04</p> <p>Calle o avenida (cartel, anuncio).....05</p> <p>Hospital06</p> <p>Clínica privada.....07</p> <p>Centro de Salud.....08</p> <p>Otro... 88 (especificar)_____</p> <p>No sabe.....99</p>
<p>5.29a En caso que haya referido la opción 06, 07 u 08 en la pregunta anterior, especificar quién se lo dio. <i>(El código se asignará en la captura)</i></p>	<p>¿Quién se lo dio? _____ __ </p>
<p>5.30 ¿Cuándo fue la última vez que vio o escuchó un mensaje relacionado con leche de fórmula o bote para alimentar al bebé en televisión, radio o periódicos?</p> <p><i>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p>	<p>En los últimos 7 días.....1</p> <p>Hace más de 7 días, pero menos de 1 mes...2</p> <p>Entre 1 y 3 meses.....3</p> <p>Entre 3 y 6 meses.....4 __ </p> <p>Hace más de 6 meses.....5</p> <p>Nunca.....6</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>6.SECCIÓN INFORMACIÓN PRENATAL (APLICAR A TODAS LAS MUJERES) “Ahora me gustaría hablar con Usted sobre dónde lleva o llevó el control de su embarazo de [NOMBRE]”.</p>	
<p>6.1 ¿Dónde realiza (realizó) el control de su embarazo?</p> <p><i>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p>	<p>Centro de salud de la SSA.....1</p> <p>Clínica del IMSS <i>Oportunidades</i>.....2</p> <p>Hospital de la SSA.....3 __ </p> <p>Partera.....4</p> <p>Consultorio o clínica privada.....5</p> <p>Otro=8 (especificar)_____</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>6.2 Durante su embarazo ¿Alguien le habló (o le han hablado) sobre dar pecho a su bebé mientras estaba embarazada?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 } Pase a 6.5 __ </p> <p>No sabe=9 }</p>
<p>6.3 ¿En dónde le hablaron sobre dar pecho a su bebé?</p> <p><i>[No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p>	<p>Centro de Salud de SSA.....1</p> <p>Clínica del IMSS.....2</p> <p>Hospital de la SSA.....3</p> <p>Partera.....4 __ </p> <p>Talleres de Oportunidades.....5</p> <p>Talleres del Seguro Popular (“yo puedo, yo quiero”).....6</p> <p>Consultorio o Clínica Privada.....7</p> <p>Otro =8 (especificar)_____</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>6.4 Durante su embarazo ¿Quién le habló sobre dar pecho a su bebé?</p> <p><i>[Registre la más importante. No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p>	<p>Médico.....01</p> <p>Enfermera.....02</p> <p>Promotor de Salud.....03</p> <p>Auxiliar en Salud.....04 __ __ </p> <p>Vocal de Oportunidades.....05</p> <p>Partera.....06</p> <p>Madre.....07</p> <p>Suegra.....08</p> <p>Familiar (hermana, tía, etc.).....09</p> <p>Otro=88 (especificar)_____</p> <p>No sabe.....99</p>

6.5 Durante su embarazo ¿Alguien le recomendó dar leche de fórmula (o bote) a su bebé?	Si=1 No=2 } Pase a 6.8 No sabe=9 } __
6.6 Durante su embarazo ¿En dónde le hablaron sobre alimentar con leche de fórmula a su bebé? [No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]	Centro de Salud de SSA.....1 Clínica del IMSS <i>Oportunidades</i>2 Hospital de la SSA.....3 Partera.....4 __ Talleres de Oportunidades.....5 Talleres del Seguro Popular (“yo puedo, yo quiero”).....6 Consultorio o Clínica Privada.....7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe.....9
6.7 Durante su embarazo ¿Quién le habló sobre dar leche de fórmula a su bebé? [No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]	Médico.....01 Enfermera.....02 Promotor de salud.....03 Auxiliar en salud.....04 __ __ Vocal de Oportunidades.....05 Partera.....06 Madre.....07 Suegra.....08 Familiar (hermana, tía, etc.).....09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe.....99
6.8 Para Usted, ¿Qué es dar de comer <u>sólo</u> pecho a su bebé? (Utilice sinónimos, como: <i>puro, solamente, únicamente, exclusivamente</i> dar pecho)	Dar sólo pecho, no incluir agua ni otros líquidos u otra leche=1 Dar sólo pecho, no otra leche=2 Dar pecho más agua o té=3 __ Dar pecho y fórmula=4 Dar pecho y ocasionalmente probaditas de alimentos=5 Otro (especificar)=8 _____ No sabe=9
6.9 ¿Durante el embarazo Usted planea(ó) dar <u>sólo</u> pecho a su bebé sin darle líquidos, ni otra leche, ni probaditas de alimentos? [INDAGAR SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, <i>sólo dar pecho al bebé</i>]	Si=1 No=2 } Pase a 6.11 No sabe=9 } __
6.10 ¿Por cuánto tiempo planea(ó) dar <u>sólo</u> pecho a su bebé, sin darle líquidos, ni otra leche, ni probaditas de alimentos?	__ __ meses No responde o no especifica = 99
6.11 ¿Por cuánto tiempo planea (o planeó) dar pecho a su bebé junto con otros alimentos?	__ __ meses No responde o no especifica = 99
6.12 Durante su embarazo ¿Ud. planea (o planeó) dar fórmula u otra leche (diferente a la materna) a su bebé?	Si=1 No=2 } Pase a 6.16 No sabe=9 } __
6.13 Durante su embarazo ¿Cuál fórmula o leche planea(ó) dar a su bebé?	Licons=1 Nido=2 __ Nan, Enfamil, Enfagrow, Nursoy, etc. =3 Leche Lala, Alpura, etc.=4 Otro=8 (esp) _____ No sabe/ no recuerda=9
6.14 Durante su embarazo ¿Hasta a qué edad planea(ó) dar fórmula a su bebé?	__ __ meses No responde o no especifica = 99

<p>6.15 ¿Por qué planea(ó) dar fórmula u otra leche (diferente a la materna) a su bebé?</p> <p><i>[Registre la más importante. No lea, ni sugiera, registre la que indique el encuestado]</i></p>	<p>Porque trabaja.....1 __ </p> <p>Porque es lo mejor para el bebé.....2</p> <p>Porque alimenta al bebe.....3</p> <p>Porque sólo el pecho no lo llena.....4</p> <p>Porque llena5</p> <p>Porque es fácil de preparar.....6</p> <p>Porque lo recomendó el médico/enfermera.....7</p> <p>Otro (especificar).....8</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>Ahora me gustaría hablar sobre algunos aspectos de salud que presenta (o presentó) durante su embarazo (con NOMBRE)".</p>	
<p>6.16 Usted ¿sabe cuánto mide de estatura?</p> <p>[ENCUESTADOR REGISTRE EN METROS Y CM.]</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 __ </p> <p>No sabe=9</p> <p>Si contesto código 1, pregunte y registre: ¿Cuánto?</p> <p>Talla __ . __ __ mts</p> <p>No recuerda = 9.99</p>
<p>6.17 Usted ¿sabe cuál fue su peso antes o al inicio del embarazo (primer trimestre)?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 __ </p> <p>No sabe=9</p> <p>Si contesto código 1, pregunte y registre: ¿Cuánto?</p> <p>Peso __ _ __ _ . __ _ __ kgs</p> <p>No recuerda = 999.99</p>
<p>6.18 ¿Le dijeron cuánto subió o cuántos kilos ganó (o ha ganado) durante el embarazo?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 __ </p> <p>No sabe=9 } Pase a siguiente Secc.</p> <p>Peso ganado __ _ __ _ . __ _ __ kgs</p> <p>(Anotar el peso que comenta la señora que ganó en su último embarazo o que ha ganado en el embarazo actual).</p> <p>No sabe o no recuerda = 99.99]</p>
<p>7. Sección Lactancia Materna Exclusiva (LME) [APLIQUE A TODAS LAS MUJERES ENCUESTADAS] NOMBRE=_____ "Ahora me gustaría hablar sobre la alimentación de su bebé o de [NOMBRE] en los primeros meses de vida".</p>	
<p>7.1 ¿Usted sabe o le han dicho por cuánto tiempo se recomienda dar <u>sólo</u> pecho después que nace el bebé, sin agua, té u otros líquidos?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2 __ </p> <p>No sabe/no recuerda=9 } Pase a 7.3</p>
<p>7.2 ¿Cuánto tiempo después que nace el bebé le han dicho o ha escuchado que se debe dar <u>sólo</u> pecho al bebé (sin agua, te u otros líquidos)?</p>	<p> __ _ __ meses</p> <p>No sabe, no recuerda = 99</p>
<p>7.3 Usted, ¿Qué opina de darle <u>sólo</u> pecho a su bebé por 6 meses?</p>	<p>Está de acuerdo= 1</p> <p>No está de acuerdo=2 →Pase a 7.6 __ </p> <p>No sabe=9 →Pase a 7.8</p>
<p>7.4 ¿Por qué está de acuerdo en darle <u>sólo</u> pecho a su bebé por 6 meses (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p><i>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</i></p> <p><i>[Cancele casillas que no utilice]</i></p>	<p>Porque es lo mejor para el bebé=01 __ _ __ </p> <p>Porque es suficiente y adecuada=02</p> <p>Porque está bien=03 __ _ __ </p> <p>Porque le da defensas contra enfermedades=04</p> <p>Porque se le da amor=05 __ _ __ </p> <p>Porque es barato y práctico=06</p> <p>Porque lo nutre y ayuda en su crecimiento=07</p> <p>Otro (esp)=08</p> <p>No sabe=99</p>
<p>7.5 De lo que me acaba de mencionar, ¿Cuál opinión sería la más importante para Usted?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> __ _ __ </p> <p>[AL TERMINAR PASE A 7.8]</p>

<p>7.6 ¿Por qué está en desacuerdo en darle <u>sólo</u> pecho a su bebé por 6 meses (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p> <p>[Cancele casillas que no utilice]</p>	<p>Porque no tengo suficiente leche=01</p> <p>Porque se quedaría con hambre=02</p> <p>Porque le daría sed=03</p> <p>Porque no se alimentaría bien=04</p> <p>Porque no crecería lo suficiente bien=05</p> <p>Porque no está bien=06</p> <p>Porque la madre trabaja=07</p> <p>Porque es cansado dar pecho al bebe=08</p> <p>Otro (especifique)=88 _____</p> <p>No sabe=99</p>
<p>7.7 De lo que me acaba de mencionar, ¿Cuál opinión sería la más importante para Usted?</p> <p>[Si sólo menciona una repita el código]</p>	<p> __ __ </p>
<p>7.8 Para los primeros SEIS meses de vida, ¿Usted planea (o planeó) darle <u>sólo</u> pecho al niño(a) (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>No planea(ó) dar lactancia materna (LM) = 1</p> <p>Estoy pensando (o pensó) en dar LM = 2</p> <p>Estoy dando (o dió) LM = 3</p> <p>Voy a seguir (o siguió) dando LM = 4</p> <p>Otra respuesta diferente = 5</p>
<p>7.9 ¿Por cuánto tiempo planea(ó) dar <u>sólo</u> leche materna a su hijo(a) (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p>	<p> __ __ meses</p> <p>99= No sabe/ no responde</p>
<p>7.10 ¿Alguien puede opinar o hacerle cambiar de idea sobre la alimentación del bebé?</p>	<p>Si=1</p> <p>No=2</p> <p>No sabe=9 } Pase a 7.12</p>
<p>7.11 ¿Quién podría aconsejarla para cambiar la alimentación del bebé?</p> <p>[REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA, en orden de importancia]</p>	<p>Nadie, ella misma=01</p> <p>Esposo/pareja=02</p> <p>Madre=03</p> <p>Suegra=04</p> <p>Amiga/vecina=05</p> <p>Vocal de Oportunidades=06</p> <p>Auxiliar de salud=07</p> <p>Médico=08</p> <p>Enfermera=09</p> <p>Pediatra ,especialista, nutriólogo= 10</p> <p>Otro (especifique)=88 _____</p> <p>No sabe=99</p>
<p>[APLIQUE SI LA ENCUESTADA REFIERE TENER PAREJA O ESPOSO, DE LO CONTRARIO PASE A PREG. 7.13]</p> <p>7.12 Para Usted, ¿Qué tan importante es lo que piense su esposo/pareja sobre dar <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) al bebé?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>Muy importante=4</p> <p>Importante=3</p> <p>Poco importante=2</p> <p>Nada importante=1</p> <p>No sabe=9</p>
<p>7.13 Para Usted, ¿Qué tan importante es lo que piense su madre sobre dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>Muy importante=4</p> <p>Importante=3</p> <p>Poco importante=2</p> <p>Nada importante=1</p> <p>No sabe=9</p>
<p>7.14 Para Usted, ¿Qué tan importante es lo que piense su suegra sobre dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>Muy importante=4</p> <p>Importante=3</p> <p>Poco importante=2</p> <p>Nada importante=1</p> <p>No sabe=9</p>

<p>7.15 Para Usted, ¿Qué tan importante es lo que piense su médico sobre dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>Muy importante=4 Importante=3 <input type="text"/> Poco importante=2 Nada importante=1 No sabe=9</p>
<p>7.16 Para Usted, ¿Qué tan importante es lo que piense su enfermera sobre dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos)?</p> <p>[MUESTRE TARJETA DE OPCIONES DE RESPUESTA]</p>	<p>Muy importante=4 Importante=3 <input type="text"/> Poco importante=2 Nada importante=1 No sabe=9</p>
<p>7.17 ¿Usted a quién le pregunta o le hace más caso en relación a la alimentación de su hijo(a)?</p> <p>[Si menciona que a NADIE, escribirlo en 8]</p>	<p>Esposo=1 Madre=2 <input type="text"/> Suegra=3 Hermana/tía=4 Médico=5 Enfermera=6 Otro (esp)=8 _____ No sabe/no responde=9</p> <p>SI NO RESPONDE ALGÚN FAMILIAR, PREGUNTE: DE LOS FAMILIARES ¿CUAL SERÍA EL MÁS IMPORTANTE? Código <input type="text"/></p>
<p>PREGUNTE EN REFERENCIA AL FAMILIAR QUIÉN CONSIDERA MÁS IMPORTANTE EN LA PREGUNTA ANTERIOR.</p>	
<p>7.18 Usted ¿Qué cree que diría su familiar si le diera <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) a su hijo(a) por 6 meses?</p>	<p>Está de acuerdo= 1 →Pase a 7.21 <input type="text"/> No está de acuerdo=2 No sabe=9</p>
<p>7.19 ¿Por qué no está de acuerdo su familiar de que se le diera <u>sólo</u> pecho a su hijo(a) por 6 meses?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE en orden de prioridad]</p> <p>[cancele casilla(s) si no la utiliza]</p>	<p>Porque se queda con hambre=01 Porque no lo cuida bien=02 <input type="text"/><input type="text"/> Porque le debe dar también otra leche=03 Porque le debe dar también agua o té=04 <input type="text"/><input type="text"/> Porque también debe comer otros alimentos=05 Porque la madre se debilita=06 <input type="text"/><input type="text"/> Porque tiene que trabajar=07 Nada, no opina=08 No estaría de acuerdo=09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.20 Si dio más de una respuesta: ¿Cuál opinión sería la más importante para su familiar?</p> <p>[Si solo menciona una repita el código]</p>	<p><input type="text"/><input type="text"/></p>
<p>7.21 Usted ¿cree que puede dar (o hubiera podido dar) <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) a su hijo por 6 meses?</p>	<p>Si=1 →Pase a 7.24 No=2 <input type="text"/> No sabe=9</p>
<p>7.22 ¿Por qué piensa que no puede dar <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses a su bebé?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Porque está baja de peso=01 Porque no tiene mucha leche=02 <input type="text"/><input type="text"/> Porque trabaja=03 Porque no quiere=04 <input type="text"/><input type="text"/> Porque el niño(a) necesita agua=05 Porque el niño(a) necesita té para cólicos=06 <input type="text"/><input type="text"/> Porque el niño(a) no crece=07 Porque el niño(a) pide otros alimentos=08 Otro =88 (especificar) _____ No sabe=99</p>

<p>7.23 De las que mencionó, ¿Cuál considera que es la razón más importante por la que Usted no puede dar <u>sólo</u> pecho a su bebé por 6 meses?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>
<p>7.24 ¿Cuáles cree Usted que son los beneficios/ventajas para el bebé de recibir <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Se le da amor=01 Se le da defensas contra enfermedades=02 _ _ _ Es barato y práctico=03 Disponible en todos lados=04 _ _ _ Es la primera vacuna=05 Para que estén sanos=06 _ _ _ Para que crezca=07 Da nutrientes=08 Para prevenir enfermedades crónicas en el futuro=09 Es normal/ es costumbre=10 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.25 Si dio más de una respuesta: ¿Cuál sería el más importante de los beneficios para su bebé?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>
<p>7.26 ¿Cuáles cree Usted que son los beneficios/ventajas para la madre de dar <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) al bebé por 6 meses?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Es gratis (economía)=01 Es práctico (disponible en todos lados)=02 _ _ _ La madre baja de peso=03 Ayuda a no quedar embarazada (anticonceptivo)=04 _ _ _ Disminuye el sangrado posparto=05 Disminuye depresión post parto=06 _ _ _ Disminuye cáncer de mama=07 Disminuye cáncer de útero=08 Ninguna/ es normal/ es costumbre=09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.27 Si dio más de una respuesta ¿Cuál sería el más importante de los beneficios para la madre?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>
<p>7.28 ¿Qué cree que necesitaría Usted para dar (o haber dado) <u>sólo</u> pecho (sin agua, ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por los primeros 6 meses?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Tiempo=01 Que alguien le ayudara a cuidar a sus otros hijos =02 _ _ _ Que alguien la ayudara en los quehaceres del hogar=03 Que alguien le diga cómo hacerlo=04 _ _ _ Una buena alimentación (que incluya frutas y verduras)=05 _ _ _ Tomar más agua=06 Que alguien le explique cómo sacarse la leche=07 Nada=08 Que el bebé agarre o acepte el pecho=09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.29 Si dio más de una respuesta, ¿Cuál opinión sería la más importante para dar sólo pecho a su bebé por 6 meses?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>

<p>7.30 Leer: Algunas mujeres tienen problemas para alimentar a sus bebés con <u>sólo</u> leche materna (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos).</p> <p>En su opinión, ¿cuáles considera Usted que son las principales dificultades para dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) a los bebés durante sus 6 primeros meses de vida?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Nada o ninguno =01 Que el bebé se queda con hambre, la leche no lo llena=02 No tiene suficiente leche=03 Leche no lo alimenta (no nutritiva)=04 __ __ Les duelen los pechos=05 La falta de tiempo=06 La falta de experiencia o practica=07 __ __ No quiere o decide no dar desde el inicio=08 Tienen que ir a trabajar=09 Teme se maltraten o deformen los senos=10 __ __ No tienen bien formado el pezón=11 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.31 Si dio más de una respuesta ¿Cuál opinión sería la más importante para dar <u>sólo</u> pecho por 6 meses?</p> <p>[Si sólo menciona una repita el código]</p>	<p> __ __ </p>
<p>7.32 Leer: A algunas mujeres se les va la leche o corta la leche cuando están dando pecho.</p> <p>En su opinión, ¿cuáles serían las principales causas o razones por las que se va la leche?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Toman anticonceptivos=1 Un susto o coraje=2 __ El bebé come demasiado y se acaba=3 No está bien nutrida=4 __ No toma suficiente atole o líquidos=5 Otro (esp) =8 _____ __ No sabe=9</p>
<p>7.33 Si dio más de una respuesta ¿cuál opinión sería la más importante del porque a algunas mujeres se les va la leche?</p> <p>[Si sólo menciona una repita el código]</p>	<p> __ </p>
<p>7.34 Leer: Algunas mujeres prefieren no alimentar a sus bebés con <u>sólo</u> leche materna.</p> <p>En su opinión, ¿cómo son (en actitud o forma de ser) las mujeres que no quieren dar <u>sólo</u> pecho a su bebé en los primeros 6 meses de vida?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Son muy jóvenes=1 Son primerizas=2 __ Son flojas=3 Trabajan=4 __ Descuidadas con los hijos=5 Son buenas madres =6 __ Se preocupan por sus hijos=7 Otro (esp)=8 _____ No sabe=9</p>
<p>7.35 Si dio más de una respuesta ¿cuál opinión sería la más importante de cómo son las mujeres que no dan <u>sólo</u> pecho por 6 meses?</p> <p>[Si sólo menciona una repita el código]</p>	<p> __ __ </p>
<p>7.36 ¿Qué cree Usted que pueda motivar o hacerles cambiar de opinión a las mujeres para que le den <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) a su bebé durante los primeros 6 meses de vida?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Que el bebé crecerá más sano=01 Que lo pueda hacer bien=02 __ __ Que alguien le ayude=03 Que tenga tiempo para hacerlo=04 __ __ Que sepan los beneficios=05 No gastar o la economía familiar=06 __ __ Evita obesidad en el niño=07 Evita desnutrición=08 Se enferma menos=09 Más información (ej. no se deforma el cuerpo)=10 Otro =88 (especificar) _____ No sabe=99</p>

<p>7.37 Si dio más de una respuesta, ¿cuál sería la motivación más importante para dar <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>
<p>7.38 ¿Conoce a algún familiar/conocida que haya dado (o esté dando) <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos a sus hijos por los primeros 6 meses de vida (exclusiva)?</p>	<p>Si=1 No=2 } pase a 7.44 No sabe=9 } _ _ </p>
<p>7.39 ¿Por qué cree que su familiar/conocida le dio (o le da) <u>sólo</u> pecho (sin agua, ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos a sus hijos(as)) por los primeros 6 meses?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>en el hospital o clínica la orientaron=01 porque se lo recomendó el médico=02 _ _ _ porque se lo recomendó su mamá=03 porque se lo recomendó su suegra=04 _ _ _ porque era lo mejor para el niño(a)=05 porque tenía experiencia con sus otros hijos(a)=06 _ _ _ porque no tiene para comprar otras leches=07 porque es buena madre =08 porque es floja y no quiere preparar otros alimentos =09 le dieron tiempo en el trabajo =10 porque el niño(a) acepto o agarro bien el pecho=11 porque está joven y sana=12 porque tiene bastante leche=13 tiene pareja/esposo=14 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.40 .Si dio más de una respuesta, ¿cuál sería la razón más importante por la que su familiar/conocida diera <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses a su hijo(a)?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>
<p>7.41 ¿Qué opina sobre que su familiar/ conocida dio (o le da) <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) a sus hijos por los primeros 6 meses de vida?</p>	<p>Que está bien=1 Que no está bien=2 _ _ No sabe=9</p>
<p>7.42 ¿Por qué tiene esa opinión sobre que su familiar/ conocida diera (o da) <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses a su(s) hijo(a)(s)?</p> <p>[REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]</p>	<p>Porque es bueno, protege y nutre al bebé=01 Porque es buena madre=02 _ _ _ Que lo dejó muy desprotegido (de salud)=03 Que tenía mucha experiencia=04 _ _ _ Que tenía tiempo=05 Que lo hizo por falta de dinero=06 _ _ _ Que hizo mal porque necesita otros alimentos=07 La leche materna sola no lo alimenta=08 Que hay que darle agua=09 Que hay que darle té =10 Que lo mal acostumbra=11 Que no es bueno para la madre, la debilita=12 Médico no lo recomienda=13 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99</p>
<p>7.43 Si dio más de una respuesta ¿cuál sería la opinión más importante del porque su familiar/ conocida dio (o da) <u>sólo</u> pecho (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos) por 6 meses a su bebé?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> _ _ _ </p>

<p>7.44 Cuando tiene alguna duda sobre cómo alimentar con sólo pecho a su bebé (sin agua ni ningún líquido, ni otra leche, ni probaditas de alimentos), ¿En dónde busca o pregunta por información?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>01. Libros o revistas..... __ </p> <p>02. Médico..... __ </p> <p>03. Enfermera __ </p> <p>04. Promotor de salud..... __ </p> <p>05. Vocal de Oportunidades..... __ </p> <p>06. Amigos o familiares..... __ </p> <p>07. Madre..... __ </p> <p>08. Suegra..... __ </p> <p>09. Pareja/esposo..... __ </p> <p>10. Televisión / radio..... __ </p> <p>11. Internet..... __ </p> <p>12. Especialista (pediatra)..... __ </p> <p>88. Otro (especificar)..... __ </p>
<p>7.45 De estas opciones que mencionó, ¿Cuál es la más importante para Usted?</p> <p><i>[Si sólo menciona una repita el código]</i></p>	<p> __ </p>
<p>7.46 Del 0 al 10, ¿Me puede decir que tan confiada o segura está Usted de que la leche materna está alimentando o alimentó bien a su bebé (o NOMBRE) en los primeros 6 meses?</p> <p>[MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]</p>	<p>No sabe=99 __ __ </p>
<p>7.47 Del 0 al 10, ¿Me puede decir que tan confiada o segura está en que la leche materna es mejor que darle leche comercial o fórmula láctea a su bebé en los primeros 6 meses de vida?</p> <p>[MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]</p>	<p>No sabe=99 __ __ </p>
<p>7.48 Del 0 al 10, ¿Me puede decir que tan confiada o segura está en que la leche comercial o fórmula láctea es mejor que darle leche materna a su bebé en los primeros 6 meses de vida?</p> <p>[MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]</p>	<p>No sabe=99 __ __ </p>
<p>[APLIQUE SI REPORTÓ ≥5 EN LA PREGUNTA ANTERIOR]</p> <p>7.49 ¿En qué marca de leche pensó para responder a la pregunta anterior?</p>	<p>R=_____ __ </p> <p>[El código se asignará en captura]</p>
<p>7.50 Del 0 al 10, ¿Me puede decir que tan confiada o segura está en qué la leche materna alimenta a su bebé después del año?</p> <p>[MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]</p>	<p>No sabe=99 __ __ </p>
<p>7.51 ¿Ud. cree que hay alguna ventaja para darle leche de formula al bebe durante los primeros 6 meses de vida?</p>	<p>Si=1 __ </p> <p>No=2</p> <p>No sabe/ no contesta=9 } Pase a 7.53</p>
<p>7.52 ¿Cuáles ventajas considera que tiene darle leche de fórmula al bebé durante los primeros 6 meses de vida?</p> <p>[REGISTRE HASTA TRES OPCIONES]</p>	<p>Si no tiene tiempo, porque trabaja.....,1 __ </p> <p>Porque es bueno para el bebé.....2 __ </p> <p>Porque alimenta al bebe.....3 __ </p> <p>Porque se complementa con el pecho.....4 __ </p> <p>Porque llena5 __ </p> <p>Es fácil de preparar.....6</p> <p>Otro (especificar).....8</p> <p>No sabe.....9</p>
<p>7.53 Usted sabe o le han dicho ¿Cuánto tiempo en total hay que dar pecho a su niño(a) combinándola con (o además de) otros alimentos?</p>	<p>Si=1 ¿Cuánto tiempo en total? = __ __ meses __ </p> <p>No=2</p> <p>No sabe/ no contesta=9</p> <p>[Utilice código 99 si no especifica tiempo en total]</p>

8. Sección de atención al parto (APLIQUE A MUJERES QUE REFIEREN TENER UN HIJO MENOR DE 1 AÑO (SI ES UNA MUJER EMBARAZADA PRIMERIZA PASE A LA SECCIÓN 11) ANOTE NOMBRE DEL <1 AÑO BENEFICIARIO DE OPORTUNIDADES=_____	
Ahora me gustaría hablar con Usted sobre la atención al parto que tuvo con [NOMBRE]	
8.1 ¿En dónde se atendió el parto de (NOMBRE)? [No lea, ni sugiera, registre la que indique la encuestada]	Centro de Salud de SSA.....1 Clínica u Hospital del IMSS Oportunidades...2 __ Hospital de la SSA.....3 Partera.....4 Consultorio o clínica privada.....5 Otro =8 (especifique) _____ No sabe.....9
8.2 ¿Cómo fue el parto de (NOMBRE)?	Cesárea=1 Normal o natural=2 __ Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
8.3 ¿A los cuántos meses nació [NOMBRE]?	A término=1 Prematuro=2 __ Meses=3 (especifique)..... __ __ Semanas=4(especifique)..... __ __ No sabe=9
8.4 Cuando nació (NOMBRE), ¿En qué momento se lo entregaron?	Al momento=1 Antes de media hora ó 30 min. =2 __ Horas después=3 (especifique)..... __ __ El mismo día, no sabe horas=4 Al otro día=5 Al tercer día=6 Otro =8 (especifique) _____ No sabe/no recuerda=9
8.5 Cuando nació [NOMBRE], ¿En dónde se quedó o estaba su hijo, mientras estuvieron en el hospital o clínica para la atención del parto?	Se quedó en la misma habitación con ella=1 Se quedó en el cunero=2 __ Requirió incubadora=3 Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
8.6 ¿Qué opina sobre el alojamiento conjunto (que el bebé y la madre estén la misma habitación)?	Que está bien=1 No está bien=2 __ No sabe, no responde=9
8.7 ¿Por qué razón opina eso sobre el alojamiento conjunto (que el niño(a) se quedé con la madre en la misma habitación)?	Porque lo puede cuidar mejor=1 Se puede alimentar con pecho al bebé=2 __ Para tener contacto con la mamá=3 Por seguridad=4 Prefiere que lo vigile la enfermera o médico=5 Lo hacen porque las enfermeras tienen mucho trabajo=6 Es más inseguro=7 Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
8.8 ¿Usted le dio pecho a (NOMBRE), mientras estuvo en el hospital o clínica para la atención al parto?	Si=1 __ No=2 →Pase a 8.15
8.9 ¿Al cuánto tiempo de nacido(a) [NOMBRE] le dio pecho por primera vez?	Al momento=1 __ Antes de la media hora ó 30 min.=2 Cuándo se lo entregaron=3 (especifique núm. horas) __ __ El mismo día, no sabe horas=4 Al otro día=5 Al tercer día=6 Otro =8 (especifique) _____ No sabe/no recuerda=9

8.10 ¿Tuvo algún problema para dar pecho a (NOMBRE) mientras estuvo en el hospital o en los primeros días de nacido?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase a 8.15 __
8.11 ¿Qué problema tuvo para dar pecho a (NOMBRE) mientras estuvo en el hospital o en los primeros días de nacido? [REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]	Dolor o pezones irritados o lastimados =01 Grietas en pezones=02 __ __ Leche no baja =03 No tuvo suficiente leche=04 __ __ Leche aguada o considerada de baja calidad=05 Pechos congestionados=06 __ __ Bebé no quería comer o agarrar el pecho=07 Bebé no sabía agarrar el pecho=08 La madre no quiso dar pecho=09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99
8.12 De los problemas que me acaba de mencionar, ¿Cuál considera el más importante? [Si sólo menciona una repita el código]	__ __
8.13 ¿Le ayudó alguien a resolverlos?	Si=1 No=2 No sabe/no recuerda=9 } Pase a 8.15 __
8.14 ¿Quién le ayudó a resolver sus problemas cuando daba pecho a [NOMBRE]?	Médico=1 Enfermera o personal de salud=2 __ Madre =3 Suegra=4 Amiga, conocida=5 Vocal de Oportunidades=6 Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
8.15 Durante su estancia en la clínica u hospital donde nació (NOMBRE) ¿Usted o alguien más le dieron otros líquidos o leche diferente a la leche materna a su bebé?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase siguiente Sección __
8.16 ¿Qué le dio o le dieron (tés, líquidos u otra leche) a su bebé mientras estuvo en el hospital o clínica? [No lea ni sugiera las respuestas. ANOTE LAS DOS MÁS IMPORTANTES]	Solución glucosada=01 Leche de fórmula=02 __ __ Leche Nido=03 Leche Liconsa=04 __ __ Leche Nutricrece=05 Otra leche=06 (especificar) _____ Agua natural=07 Té=08 Jugo de frutas o industrializado=09 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99
8.17 ¿En qué utensilio se lo dió o se lo dieron?	Mamila=1 Cuchara=2 __ Taza=3 Gotero/jeringa/sonda=4 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9

<p>9.9 ¿Por qué cree que se tiene que limpiar el pecho de la madre antes de dar leche a su bebé?</p>	<p>Porque si está sucio se puede enfermar=1 Porque el sabor de la leche materna cambia=2 __ Porque el médico lo recomienda=3 Porque la enfermera lo recomienda=4 Porque la suegra se lo recomienda=5 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9</p>
<p>9.10 ¿Usted qué entiende por empacho del niño(a) o (NOMBRE)?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>01. Dolor del estómago..... __ 02. Inflamación del estómago..... __ 03. Cólicos..... __ 04. Diarrea..... __ 05. Estreñimiento..... __ 06. Lengua blanca o amarilla..... __ 07. Baba blanca __ 08. Llanto, tristeza e inquietud..... __ 09. Gases, reflujo..... __ 10. Mucha sed..... __ 88. Otro (esp) __ </p>
<p>9.11 ¿Usted por qué cree que ocurre el empacho?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>1. Por un susto..... __ 2. Cuando se sobrecarga el estómago..... __ 3. Cuando se ha tomado demasiada leche o alimento en particular..... __ 4. Cuando se dan alimentos no bien cocidos (o indigeribles) __ 5. Por ofrecer alimentos fuera del horario (antes o después de dormir) __ 6. Por dar alimentos secos..... __ 8. Otro (esp) __ </p>
<p>9.12 De sus actividades cotidianas. ¿Qué cree que puede afectar su leche y le pueda hacer daño a su bebé?</p> <p>[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]</p> <p><i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i></p>	<p>1. Tomar baño y dar pecho..... __ 2. Llegar de la calle y darle pecho..... __ 3. Tener un susto y dar pecho..... __ 4. Cuando el cuerpo está caliente y da pecho..... __ 5. Si come alimentos fríos y da pecho..... __ 8. Otro (esp) __ </p>
<p>Leer: "Señora ahora vamos a hablar sobre lo que (NOMBRE) comió o se alimentó el día de ayer".</p>	
A	B
<p>9.13 Alimentos</p>	<p>¿En cualquier momento de ayer ó de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?</p>
<p>a. Agua simple</p>	<p>Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9</p>
<p>b. Suero oral, c. Gotas, jarabes medicinales (vitaminas, minerales, medicinas)</p>	<p>Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9</p>
<p>d. Fórmula infantil e. Leche en polvo f. Otra leche</p>	<p>Si.....1 No....2 __ ¿Cuál? _____ __ Si.....1 No....2 __ ¿Cuál? _____ __ Si.....1 No....2 __ ¿Cuál? _____ __ No sabe/no recuerda... 9</p> <p><i>[El código de la leche se agregará en captura]</i></p>
<p>g. Leche LICONSA en polvo h. Leche LICONSA líquida</p>	<p>Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9</p>

9.14 Líquidos no nutritivos a. Agua endulzada b. Té (simple ó endulzado) c. Café con agua (simple ó endulzado) d. Refresco e. Caldo de frijol (sólo el caldo) f. Caldo de pollo ó res (sólo el caldo) g. Aguamiel (sin fermentar) h. Jugos de frutas	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
9.15 Líquidos nutritivos a. Atole con agua b. Atole con leche c. Otro cereal (como avena, tapioca, etc.) (Con agua o con leche)	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
A	B
Alimentos	¿En cualquier momento de ayer ó de anoche le dio a (NOMBRE) algunos de los siguientes alimentos?
9.16 Cereales y leguminosas a. Sopa de pasta b. Arroz c. Tortillas d. Cereales industrializados para bebés en caja e. Pan (cualquiera) f. Avena g. Lentejas h. Habas	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
i. Frutas j. Verduras (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)	Si.....1 No....2 __ ¿Cuáles? _____ __ _____ __ _____ __ Si.....1 No....2 __ ¿Cuáles? _____ __ _____ __ _____ __ No sabe/no recuerda... 9 [Cuáles frutas y verduras, registre las tres principales, el código se asignará en captura]
k. Carne de res, cerdo. l. Corazón, hígado, menudencias (riñón, mollejas, etc.) (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
m. Carne de pollo n. Pescado (fresco ó en lata) o. Pancita (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
p. Jamón ó salchichas. q. Otros embutidos (Incluye envasados ó en frasco. NO DIGA MARCAS)	Si.....1 No....2 __ Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9
r. Huevo	Si.....1 No....2 __ No sabe/no recuerda... 9

10.6 ¿A partir de qué edad le aconsejaron dar a su hijo(a) otra leche en el centro de salud?	__ __ meses 99= No sabe, no recuerda
10.7 ¿Cuál fue la principal razón por la que le recomendaron (o recomiendan) dar a su hijo(a) además de la leche materna alguna otra leche o alimento? [REGISTRE LOS PRIMEROS TRES QUE MENCIONE]	Cesárea =01 Toma de medicamentos de la madre=02 __ __ Enfermedad de la madre (ej. Varicela)=03 Reflujo del niño=04 Intolerancia a la lactosa=05 __ __ Diarrea=06 No tenía suficiente leche o no nutritiva=07 El niño queda con hambre, mi leche no lo llenaba=08 Complicaciones post-operatorias=09 __ __ Tabaquismo=10 Niño(a) prematuro=11 Estreñimiento=12 Otro (especificar)=88 _____ No sabe=99
10.8 ¿Qué tipo de leche o fórmula le recomendaron en el Centro de Salud?	Liconsa=1 Nido=2 __ Nan, Enfamil, Enfagrow, Nursoy, etc. =3 Leche Lala, Alpura, etc.=4 Otro=8 (esp) _____ No sabe/ no recuerda=9
10.9 ¿Usted siguió o sigue la recomendación que le dieron en el Centro de Salud sobre darle otra leche diferente a la materna?	Si=1 → Pase a 10.11 No=2 __ No sabe/no contesta=9
10.10 ¿Por qué no sigue o no siguió la recomendación sobre darle otra leche?	Porque es mejor darle pecho.....1 Porque no tiene dinero.....2 __ Porque quiere darle amor a su hijo(a).....3 Porque su madre le dijo lo contrario.....4 Porque no cree en médico.....5 Otro=8 (especificar) _____ No sabe.....9
10.11 En el Centro de Salud donde lleva a su niño a control o revisión ¿Le recomendaron o (le recomiendan) dar a su hijo(a) probaditas de otros alimentos además de la leche materna?	Si=1 No=2 } Pase a 10.16 __ No sabe/no contesta=9 }
10.12 A partir de qué edad, en el Centro de Salud, le aconsejaron (o aconsejan) dar a su hijo(a) probaditas de otros alimentos además de la leche materna?	__ __ meses 99= No sabe, no recuerda
10.13 ¿Qué tipo de alimentos (aunque sea probaditas) le recomendaron dar a su hijo(a) además de la leche materna en el Centro de Salud?	Tortilla, pan, papa, arroz, etc.=1 Frutas=2 __ Verduras=3 Huevo, carne, hígado, pollo=4 Queso, yogurt, etc.=5 Frijol, haba, alubia, etc.=6 Gerber o alimentos industrializados=7 Otro (esp) _____ =8 No sabe=9
10.14 ¿Ud. siguió la recomendación que le dieron en el Centro de Salud sobre darle probaditas de otros alimentos a su hijo(a)?	Si=1 → Pase a 10.16 No=2 __ No sabe/no recuerda=9

<p>10.15 ¿Por qué no sigue o no siguió la recomendación de que le dieron en el Centro de Salud?</p>	<p>Porque es mejor darle pecho hasta los 6 meses...1 Porque no tiene dinero.....2 __ Porque quiere darle amor a su hijo(a).....3 Porque su madre le dijo lo contrario.....4 Porque no cree en el médico.....5 Porque es muy pequeño para darle alimentos.....6 Otro=8 (especificar) _____ No sabe.....9</p>
<p>10.16 Alguien de sus familiares, amigas o conocidas, ¿le aconsejó (o aconseja) dar a su hijo(a) además de la leche materna alguna otra leche?</p>	<p>Si=1 No=2 } Pase a 10.23 __ No sabe/ no contesta=9 }</p>
<p>10.17 ¿Quién principalmente le aconsejó (o aconseja) dar a su hijo(a) además de la leche materna alguna otra leche?</p>	<p>Madre=1 Suegra=2 __ __ Hermana(o)=3 Esposo/pareja=4 Amiga(o)=5 Abuela(o)=6 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9</p>
<p>10.18 ¿A partir de qué edad sus familiares/amigos le aconsejaron dar a su hijo(a) dar otra leche a su hijo?</p>	<p> __ __ meses 99= No sabe, no recuerda</p>
<p>10.19 ¿Qué tipo de leche le aconsejaron sus familiares/amigos? [No lea, ni sugiera las respuestas. Anote la más importante]</p>	<p>Fórmula ¿Cuál marca?.....1 Nido.....2 __ Leche Liconsa.....3 Nutri-crece.....4 Mi leche nutrisano.....5 Otra(especifique).....8 No sabe/no recuerda.....9</p>
<p>10.20 ¿Cuál fue la principal razón o motivo por la que su familiar, amigos o conocidos le aconsejaron darle otra leche al bebé aparte del pecho?</p>	<p>No tenía suficiente leche=1 Bebé prematuro o bajo de peso=2 Bebé se quedaba con hambre=3 __ Madre delgada o con bajo peso=4 El bebe no sabía agarrar el pecho=5 Leche de formula es mejor que la materna=6 El bebé se enferma(ó) (ej. estreñimiento, cólicos, infección, etc.)=7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9</p>
<p>10.21 ¿Ud. siguió la recomendación de familiares/amigos sobre darle otra leche a su hijo(a)?</p>	<p>Si=1 → Pase a 10.23 No=2 __ No sabe/no recuerda=9</p>
<p>10.22 ¿Por qué no sigue o no siguió la recomendación de sus familiares/amigos?</p>	<p>Porque es mejor darle pecho.....1 Porque no tiene dinero.....2 __ Porque quiere darle amor a su hijo(a).....3 Porque su madre le dijo lo contrario.....4 Porque no cree en lo que dicen sus familiares/amigos.....5 Otro=8 (especificar) _____ No sabe.....9</p>
<p>10.23 Sus familiares/amigos ¿Le recomendaron o (le recomiendan) dar a su hijo(a) además de la leche materna algún alimento o probaditas de alimentos?</p>	<p>Si=1 No=2 } Pase siguiente Sección __ No sabe/no contesta=9 }</p>
<p>10.24 A partir de qué edad, sus familiares/amigos, le aconsejaron (o aconseja) dar a su hijo(a) darle otros alimentos además de la leche materna?</p>	<p> __ __ meses 99= No sabe, no recuerda</p>

10.25 ¿Qué tipo de alimentos (aunque sea probaditas) le recomendaron dar a su hijo(a) además de la leche materna?	Tortilla, pan, papa, arroz, etc.=1 Frutas=2 ___ Verduras=3 Huevo, carne, hígado, pollo=4 Queso, yogurt, etc.=5 Frijol, haba, alubia, etc.=6 Gerber o alimentos industrializados=7 Otro (esp) _____ =8 No sabe=9
10.26 ¿Ud. siguió la recomendación de familiares/amigos sobre darle probaditas de otros alimentos a su hijo(a)?	Si=1 → Pase siguiente Sección No=2 ___ No sabe/no recuerda=9
10.27 ¿Por qué no sigue o no siguió la recomendación de sus familiares/amigos?	Porque es mejor darle pecho hasta los 6 meses.....1 Porque no tiene dinero.....2 ___ Porque quiere darle amor a su hijo(a).....3 Porque su madre le dijo lo contrario.....4 Porque no cree en sus familiares/amigos.....5 Porque cree que es muy pequeño para darle alimentos.....6 Otro=8 (especificar) _____ No sabe.....9

11. Sección Alimentación Complementaria (AC) [APLIQUE A TODAS LAS MUJERES] NOMBRE= _____	
Leer: "Ahora me gustaría comentar con Usted un poco más sobre la alimentación de su hijo(a)".	
11.1 ¿A partir de qué edad se pueden dar otros líquidos (tés, leches, agua, etc.) en la alimentación del bebé?	___ ___ meses No sabe o no responde= 99
11.2 ¿A partir de qué edad se pueden dar otros alimentos sólidos o suaves (ej. frutas, verduras, etc.) en la alimentación del bebé, además de la leche materna?	___ ___ meses No sabe o no responde= 99
11.3 ¿Cuáles alimentos sabe o ha escuchado que son los primeros en dar al niño(a) cuando comienza su alimentación con sólidos (además de la leche materna)? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] <i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i>	01. Pan.....() 02. Arroz.....() 03. Vegetales verdes.....() 04. Frutas.....() 05. Carne.....() 06. Órganos (ej. hígado de pollo) ...() 07. Pescado.....() 08. Huevo.....() 09. Oleaginosas (nueces, almendras, etc.)() 10. Otras leches (de bote)() 11. Quesos o yogurt.....() 88. Otro (esp) _____.....() 99. No sabe.....()
11.4 ¿Cuál cree Usted que es la consistencia o preparación adecuada para ofrecer los alimentos o líquidos al bebé los primeros meses de vida?	Molidos (papilla, pure)=1 Crudos=2 ___ Cocidos=3 Líquidos=4 Picados o en trocitos=5 Otro =8 (especificar) _____ No sabe=9
[APLIQUE SI LA ENCUESTADA ES MADRE DE MENOR DE 1 AÑO Y SI REFIERE TENER PAREJA O ESPOSO] 11.5 ¿Su pareja o esposo participa o se involucra en la alimentación de su hijo(a)?	Si=1 No=2 } Pase siguiente Sección ___ No sabe=9 }
11.6 ¿A qué edad su pareja/esposo participó o se involucró más en la alimentación de su hijo(a)?	___ ___ meses No sabe/ no responde/no se involucra= 99

12. Sección Lactancia Materna Trabajadora [ENCUESTADOR: APLIQUE A TODAS LAS MUJERES] Leer: "Ahora me gustaría platicar sobre la alimentación del bebé cuando las mujeres trabajan o no pueden estar cerca de su bebé".		
12.1 ¿Usted trabaja o realiza actividades fuera del hogar que la mantienen la mayor parte del día lejos de su bebé?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase a 12.7	__
12.2 ¿Usted lleva a su hijo(a) con Usted a sus actividades fuera del hogar?	Si=1 → Pase a 12.7 No=2 No sabe=9	__
12.3 ¿Cuántos días de la semana realiza esas actividades fuera del hogar?	__ número de días Es variable = 8 No sabe = 9	
12.4 ¿Cuántas horas en promedio por día se encuentra fuera de su hogar cuando realiza esas actividades?	__ __ número de horas Es variable = 88 No sabe = 99	
12.5 Cuando regrese al trabajo o a sus actividades fuera del hogar ¿Usted piensa seguir dando pecho a su bebé?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase a 12.7	__
12.6 Cuando regrese al trabajo o a sus actividades fuera del hogar ¿Por cuánto tiempo en total (en meses) planea (o planeó) darle pecho a su bebé?	Total = __ __ meses No sabe o no menciona = 99	
[INDAGAR SOBRE CUALQUIER TIPO DE LACTANCIA MATERNA]		
12.7 ¿Usted cree que se pueda hacer algo para seguir dando pecho al bebé cuando una madre regresa a trabajar o está lejos de su hijo(a)?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase a 12.9	__
12.8 ¿Qué cree que se pueda hacer para seguir dando pecho al hijo(a) cuando la madre trabaja o está lejos de su hijo(a)?	Darle antes de irse o separarse=1 Darle cuando regresa a casa o vuelven a estar juntos=2 Extraerse la leche y guardarla=3 Todas las anteriores=4 Otro =8 (esp) _____ No sabe=9	__
12.9 ¿Ud. Planea (o planeó) extraerse la leche para dejarla a su hijo(a) para cuando no esté cerca de él/ella?	1= No planea(ó) 2= Estoy pensando (o pensó) 3= Está haciéndolo (o lo hizo) 4= Va a seguir haciéndolo (o lo hizo) 5= Otra respuesta diferente	__
[MUESTRE TARJETA CON OPCIONES DE RESPUESTA]		
[APLIQUE SÓLO SI ES MADRE DE MENOR DE 1 AÑO (2 AÑOS) Y SI ESTÁ DANDO PECHO]		
12.10 ¿Usted se extrae la leche materna para dejarla a su hijo(a)?	Si=1 No=2 No sabe=9	__
12.11 ¿Alguien le ha aconsejado o enseñado sobre técnicas de extracción de leche materna para cuando no se está cerca del bebé?	Si=1 No=2 No sabe=9 } Pase a 12.14	__
12.12 ¿Quién le ha comentado sobre técnicas de extracción de leche materna?	Médico=1 Enfermera o personal de salud=2 Madre=3 Suegra=4 Amiga, vecina, conocida=5 Vocal de Oportunidades=6 Abuela=7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9	__

12.13 ¿Cómo le recomendaron extraerse la leche materna? [REGISTRE LAS PRIMERAS DOS OPCIONES DE RESPUESTA]	Manual o con bomba de extracción= 01 Maquina de extracción=02 Otro=88 (especificar) _____ No sabe, no responde=99	__ __ __ __
12.14 Del 0 al 10, ¿qué tan confiada o segura está de que se pueda extraer la leche materna Usted misma? [MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]		__ __ No sabe=99
12.15 Del 0 al 10, ¿qué tan segura o confiada está Usted de que sea útil sacarse la leche materna y ofrecerla al bebé? [MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]		__ __ No sabe=99
[APLIQUE SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR SU RESPUESTA FUE MENOR A 5, DE LO CONTRARIO PASE A 12.17] 12.16 ¿Por qué cree que sea inútil (o no valga la pena) sacarse la leche materna para dejarla al niño(a)?	Con la de fórmula es suficiente=1 Una vez afuera ya no es nutritiva=2 Es muy poca=3 Se echa a perder (se contamina)=4 La de fórmula es el mismo alimento=5 El bebé no nota el cambio (sabor)=6 Otro(especificar)=8 _____ No sabe=9	__
12.17 ¿Usted cree que sea complicado extraerse la leche materna?	Si =1 No=2 No sabe=9	} Pase a 12.19 __
12.18 Del 0 al 10, ¿qué tan fácil cree que sea extraerse la leche materna? [MUESTRE TARJETA CON ESCALA DE RESPUESTA]		__ __ No sabe=99
12.19 ¿Ud. sabe por cuánto tiempo se puede almacenar la leche materna fuera del pecho ?	Si =1 No=2 No sabe=9	} Pase a 12.21 __
12.20 ¿Cómo almacena y por cuánto tiempo sabe Usted o ha escuchado que se puede almacenar la leche materna fuera del pecho ? [REGISTRE HASTA TRES RESPUESTAS QUE MENCIONE]	No se puede conservar=1 A temperatura ambiente=2 ¿Cuántas? __ __ días __ __ horas En refrigeración=3 ¿Cuántas? __ __ días __ __ horas Congelada=4 ¿Cuántas? __ __ días __ __ horas Otro (especificar)=8 _____ No sabe=9	__ __ __
[APLIQUE SI LA ENCUESTADA REFIERE TENER PAREJA O ESPOSO, DE LO CONTRARIO PASE A SIGUIENTE SECCIÓN] 12.21 ¿Usted cree que su esposo/pareja podría apoyarla para que Usted siga (o siguiera) dando leche materna al bebé y continúe con sus actividades fuera de casa?	Si =1 No=2 No sabe=9	} Pase siguiente Sección __
12.22 ¿Cómo cree que su esposo/pareja podría apoyarla para que siga dando leche materna al bebé aunque esté fuera de casa?	Con el cuidado de los hijos=1 Guía y recomendaciones sobre LM=2 Masajes, té y alimentos que le ayuden=3 Darle espacio y tiempo para hacerlo=4 Llevarlo al bebé a ratos para darle pecho=5 Darle la leche materna que deje la madre=6 Dejar de trabajar=7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9	__

13. Sección Diarrea, Sueros de Rehidratación Oral (SRO) y lavado de manos. [ESTA SECCIÓN APLICA A MADRES] Leer: "Ahora me gustaría platicar con Usted sobre prácticas de higiene y sobre cambios en la alimentación cuando su hijo(a) se enferma".	
13.1 ¿Usted cuenta con drenaje (descarga de aguas negras) en su hogar?	Si=1 No=2 __ No sabe=9
13.2 En su hogar, ¿cuál es la principal fuente o abastecimiento de agua?	Llave de la red pública de agua potable (dentro de casa)=1 Pozo=2 __ Cisterna que se llena con pipa=3 Depósito comunitario=4 Río o laguna=5 Otro=8 (especificar) _____ No responde=9
13.3 ¿En qué momento se lava Usted las manos cuando está en su casa? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] <i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i>	01. Al momento de preparar los alimentos.....() 02. Antes de ir al baño.....() 03. Después de ir al baño.....() 04. Al momento de alimentar al niño <2años.....() 05. Cuando regresa de la calle.....() 06. Después de cambiar el pañal al niño(a).....() 07. Cuando está en la cocina.....() 08. Antes de consumir alimentos.....() 88. Otro (especificar) _____:()
13.4 ¿Usted con qué se lava las manos? [pídale que le muestre con que se lava las manos]	Con agua sola=1 Con agua y Jabón (cualquiera)=2 __ Desinfectante (yodo)=3 Vinagre=4 Cloro=5 Jabón y agua (combinado)=6 Alcohol o gel=7 Otro=8 (especificar) _____ No responde=9
13.5 En los últimos tres meses, ¿Tuvo (NOMBRE) diarrea?	Si=1 No=2 __ No sabe=9 } Pase a 13.17
13.6 Para Usted ¿cuándo una diarrea de (NOMBRE) es preocupante? [REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA]	Cuando hace muchas veces=01 Cuando hay sangrado=02 __ __ Cuando no toma, ni come nada=03 Cuando el niño no deja de llorar=04 __ __ Cuando el niño pierde peso=05 Cuando el niño tiene los labios secos=06 __ __ Cuando el niño tiene los ojos tristes (hundidos)=07 Desde el principio (cuando tiene evacuaciones, se queja de dolor, etc.)=08 Otro (especificar)=88 _____ No sabe=99
13.7 De las opciones que me acaba de mencionar, para Usted ¿cuál es la más importante? [SI SÓLO MENCIONA UNA REPITA EL CÓDIGO]	__ __
13.8 Ud. sabe o le han explicado, ¿Cuál fue la causa del último episodio de diarrea de [nombre]?	Si=1 No=2 __ No sabe=9 } Pase a 13.13

13.9 ¿Cuál fue la causa del último episodio de diarrea de (NOMBRE)?	Parásitos intestinales (parasitosis)=1 Alimentos sucios e infectados=2 ___ Falta de agua limpia=3 Contacto con piso y objetos sucios=4 Leche de fórmula=5 Contacto con animales o mascotas=6 Otro(especificar)=8 _____ No sabe=9
13.10 ¿Cuál fue el tratamiento para la diarrea de (NOMBRE) que le indicaron o recomendaron? [REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA]	Suero intravenoso=1 Desparasitación=2 ___ Suero de rehidratación oral=3 Hidratación en el hogar (aguas, tés, caldos)=4 ___ Continuar con lactancia materna=5 Medicamento (antibióticos, etc.)=6 ___ Otro (especificar)=8 _____ No sabe=9
13.11 ¿Quién le indico el tratamiento en el último episodio de diarrea de (NOMBRE)?	Médico o enfermera=1 Madre o suegra=2 ___ Conocido o vecino=3 Nadie, ella sola=4 Lo escuchó o vió en algún medio de comunicación=5 Otro=8 (esp) _____ No sabe=9
13.12 ¿Por cuánto tiempo se lo indicaron o recomendaron?	___ ___ días No sabe o no recuerda = 99
Leer: "Ahora me gustaría que platicáramos como fue la alimentación de (NOMBRE) durante el episodio de diarrea".	
13.13 Durante el último episodio de diarrea (en los últimos tres meses), ¿le dió a (NOMBRE) lactancia materna?	Si=1 → Pase a 13.15 No=2 ___ No sabe=9
13.14 ¿Por qué no le dió pecho a (NOMBRE) durante el último episodio de diarrea? (REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA) (AL TERMINAR PASE A 13.17)	Porque así se lo indicaron en el Centro de Salud=1 Porque no aceptaba el pecho=2 ___ Porque tenía sed=3 Porque tenía que tomar el tratamiento=4 ___ Porque se quedó hospitalizado=5 Otro (especificar)=8 _____ ___ No sabe=9
13.15 ¿Con qué frecuencia le dió lactancia materna a (NOMBRE) durante el último episodio de diarrea?	Igual=1 Menos=2 ___ Más que antes de enfermarse=3 Otro (especificar)=8 _____ No sabe=9
13.16 ¿Por qué le dió pecho a (NOMBRE) con esa frecuencia durante el último episodio de diarrea?	Porque así lo pedía=1 Porque así se lo indicaron en el Centro Salud=2 ___ Porque es bueno para el bebé=3 Porque no sabía qué hacer=4 Otro (especificar)=8 _____ No sabe, no responde=9
13.17 En el centro de salud ¿han desparasitado a (NOMBRE) en los últimos tres meses?	Si=1 No=2 } Pase a 13.19 ___ No sabe=9 }

13.18 ¿Cada cuando (nombre) ha recibido tratamiento de desparasitación?	Cada 3 meses=1 Cada 6 meses=2 __ Cada año=3 En la semana nacional de salud=4 Otro =8 (especificar) _____ No sabe=9
13.19 ¿Usted pide o solicita que le den desparasitación a (NOMBRE)?	Si=1 → Pase a 13.21 No=2 __ No sabe=9
13.20 ¿Por qué no pide o solicita que desparasiten a (NOMBRE)?	Porque no lo necesita=1 Porque no hay en el centro de salud=2 __ Porque no le gusta al niño(a)=3 Porque ha tenido o tiene diarrea=4 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9
13.21 ¿Usted usó o ha usado el suero de rehidratación Oral en el último episodio de diarrea? [Encuestador: puede ser mayor a 3 meses el tiempo del último episodio de diarrea]	Si=1 No=2 } Pase a 13.23 __ No sabe=9
13.22 ¿Qué tipo de suero de rehidratación oral ha utilizado con (NOMBRE)? [AL TERMINAR PASE A 13.24]	Casero=1 Vida suero oral (VSO)=2 __ Mezcla de bebidas carbonatadas (sidral+agua mineral)=3 Comercial (ej. Suerox, Pedialite)=4 Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
13.23 ¿Por qué no ha usado suero de rehidratación oral?	Porque no lo necesita=1 Porque no hay en el centro de salud=2 __ Porque no le gusta al niño(a)=3 Porque fue una diarrea leve=4 Otro=8 (especifique) _____ No sabe=9
13.24 ¿Usted sabe preparar Vida Suero Oral (sobre de polvo) ?	Si=1 No=2 } Pase a 13.26 __ No sabe=9
13.25 ¿Cómo prepara Vida Suero Oral?	Disuelves el sobre en 1 lt de agua hervida =1 Otra=8 (especifique) _____ __ No sabe=9
13.26 ¿Usted sabe usar Vida Suero Oral?	Si=1 No=2 } Pase a 13.28 __ No sabe=9
13.27 ¿Cómo se usa Vida Suero Oral ? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] <i>[Todas las casillas deberán tener dato]</i>	01. Se checa caducidad..... __ 02. Lo que no se consume en 24 hrs se desecha..... __ 03. Se ofrece de forma continua hasta acabar la dosis (1/2 tacita para <6m y 1 tacita para <1)..... __ 04. Se da por cada evacuación __ 05. Se da por cada episodio de vómito..... __ 06. Se alterna con lactancia materna __ 07. Se introduce fórmula y otros líquidos..... __ 08. Se ofrece a cucharadas o en tacita __ 09. Se da cuando hace mucho calor __ 88. Otro (especificar)..... __
13.28 ¿Usted usa (o ha usado biberones o mamilas con sus hijo(a)s) para dar cualquier tipo de líquidos o alimentos?	Si =1 No=2 } Pase a 13.32 __ No sabe=9

13.29 ¿Alguien le ha hablado sobre los riesgos de usar el biberón/mamila para alimentar a su hijo(a)?	Si=1 No=2 No sabe=9 } pase a 13.32	__
13.30 ¿Cuáles son los riesgos que conoce sobre el uso de biberones/mamilas para el niño(a)? [REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA]	Se acostumbra el bebé=01 Deforma o pica los dientes=02 Ninguno, está bien usarlo=03 Reflujo y riesgo de ahogamiento=04 Difícil lavado y guarda microorganismos =05 Mayor riesgo de diarreas=06 Mayor riesgo de parasitosis=07 Se sobrealimenta (lo hace más grande o gordito)=08 Se puede ahogar porque sale mucho líquido=09 Les entra aire al estómago (cólicos)=10 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99	__ __ __ __ __ __
13.31 De lo que me acaba de mencionar, ¿Cuál considera lo más importante? <i>[Si sólo menciona una repita el código]</i>		__ __
13.32 ¿Usted usa (o ha usado) chupones con sus hijo(a)(s) para dar cualquier tipo de líquidos o alimentos?	Si =1 No=2 No sabe=9 } pase a 13.36	__
13.33 ¿Usted sabe si el uso de chupones puede tener riesgos para el bebé?	Si =1 No=2 No sabe=9 } pase a 13.36	__
13.34 ¿Cuáles riesgos conoce sobre el uso de chupones durante los primeros meses de vida? [REGISTRE LAS PRIMERAS TRES OPCIONES QUE MENCIONÉ EL ENCUESTADO]	Se acostumbra al bebé=01 Deforma o pican los dientes=02 Ninguno, está bien usarlo=03 Reflujo y riesgo de ahogamiento=04 Difícil lavado y guarda microorganismos =05 Mayor riesgo de diarreas=06 Mayor riesgo de parasitosis=07 Les entra aire al estómago (cólicos)=08 Otro=88 (especificar) _____ No sabe=99	__ __ __ __ __ __
13.35 De lo que me acaba de mencionar, ¿Cuál considera lo más importante? <i>[Si sólo menciona una repita el código]</i>		__ __
Leer: “Ahora quiero que me platique lo que hace en su hogar para prevenir enfermedades del estómago”.		
13.36 ¿Qué hace Usted para cuidar a sus hijo(a)(s) para que no se enfermen de diarrea? [REGISTRE HASTA TRES OPCIONES DE RESPUESTA]	Lavado de manos=1 Lavado de frutas y verduras (agua y jabón)=2 Desinfección de frutas y verduras (ej. con yodo)=3 Hervor de agua y/o leche=4 Cocimiento de carnes y pescados=5 Alimentos refrigerados=6 Cubrir alimentos y almacenar=7 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9	__ __ __
13.37 De lo que me acaba de mencionar, para Usted ¿qué es lo más importante? <i>[Si sólo menciona una repita el código]</i>		__

14. Sección salud física y mental y valores de la mujer embarazada o madre del menor de 2 años [APLICAR A TODAS LAS MUJERES] "Ahora me gustaría comentar un poco con Usted sobre cómo se encuentra en la actualidad, en relación a su salud física".	
14.1 ¿Cómo considera su peso actual?	Bajo peso=1 Normal=2 __ Sobrepeso=3 Con obesidad=4 Otro=8 (especificar) _____ No sabe=9
[APLIQUE SI LA ENCUESTADA REFIERE TENER PAREJA O ESPOSO, DE LO CONTRARIO PASE A PREG. 14.4] 14.2 ¿Le comenta algo su pareja o esposo sobre su cuerpo o como se ve?	Si=1 No=2 } Pase a 14.4 No sabe=9 __
14.3 ¿Qué le comenta su pareja /esposo ? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] [Todas las casillas deberán tener dato]	1. Que estoy con bajo peso..... __ 2. Que tengo que ganar más peso..... __ 3. Que estoy bien..... __ 4. Que tengo que hacer ejercicio..... __ 5. Que me debo de cuidar..... __ 6. Que estoy ganando peso..... __ 8. Otro (especificar) _____ __
14.4 ¿Cuál es su peso actual (auto-reporte)?	Peso __ __ __ __ kgs No sabe/no recuerda=999.9
Encuestador: Este renglón se contesta por observación de Usted".	
14.4.1- Sobrepeso aparente __ 14.4.2- Obesidad aparente __ [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]	
14.5 ¿Algún médico le ha diagnosticado alguna enfermedad crónica?	Si=1 No=2 → Pase a 14.9 __
14.6 ¿Cuál enfermedad le han diagnosticado? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] [Todas las casillas deberán tener dato]	Hipertensión o presión alta=1() Diabetes o azúcar alta en sangre=2() Colesterol alto=3.....() Triglicéridos altos=4() Otro =8 (especificar) _____ () No sabe=9()
14.7 ¿Actualmente está tomando algún medicamento para bajar o controlar su enfermedad?	Si=1 No=2 → Pase a 14.9 __
14.8 ¿Cómo se llama el medicamento? [Solicite que se lo muestren, si es posible] (NO SABE /NO RECUERDA= escribir en la línea NINGUNO)	1 = (esp) _____ 2= (esp) _____ 3 = (esp) _____ 4 = (esp) _____ 5 = (esp) _____

Leer: "Por último, me gustaría que platicáramos sobre lo que más valora en la vida o lo que le angustia".

[NO LEER, NI SUGERIR RESPUESTAS, REGISTRE LA(S) QUE MENCIONE EL ENCUESTADO]

14.9 ¿Qué es lo más importante para Usted en general (familia, la vida)?

[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]

[Todas las casillas deberán tener dato]

1. La salud..... |__|
2. La seguridad..... |__|
3. Mejoría en cuestiones económicas..... |__|
4. La familia..... |__|
5. Lo(s)(as) hijos(as)..... |__|
6. Trabajo |__|
7. Educación de los hijos(a)(s)..... |__|
8. Otro(especificar)..... |__|

14.10 ¿Qué es lo más importante para Usted con respecto a su bebé (hijo(a) <2 años)?

[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]

[Todas las casillas deberán tener dato]

01. Seguridad..... |__|
02. Que crezca sano y fuerte..... |__|
03. Que no se enferme..... |__|
04. Que sea inteligente..... |__|
05. Que vaya a la escuela..... |__|
06. Que no los maltraten (violencia domestica)..... |__|
07. Su salud..... |__|
08. Su alimentación..... |__|
09. Su desarrollo (ej. habla)..... |__|
88. Otro(especificar)..... |__|

14.11 ¿Qué es lo más importante para Usted como persona, como mujer?

[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]

[Todas las casillas deberán tener dato]

1. Estar sana..... |__|
2. No ser una carga para mi familia..... |__|
3. No enfermarme para no gastar..... |__|
4. Sentirse bien (auto-estima)..... |__|
5. Que no me maltraten (violencia doméstica)..... |__|
6. Poder cuidar a mi familia..... |__|
8. Otro (especificar)..... |__|

14.12 ¿Qué hace Usted para mantener su salud?

[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]

[Todas las casillas deberán tener dato]

01. Hacer ejercicio..... |__|
02. Comer saludable (ej. comer frutas y verduras)... |__|
03. No comer comida chatarra (ej. frituras, etc.)..... |__|
04. No tomar refresco..... |__|
05. Estar sana..... |__|
06. No ser una carga para mi familia..... |__|
- 07.No enfermarme para no gastar..... |__|
08. Checarse frecuentemente con el médico..... |__|
88. Otro (especificar)..... |__|

14.13 ¿Qué le pone triste o le angustia con respecto a su familia o hijos?

[Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe]

[Todas las casillas deberán tener dato]

01. Seguridad..... |__|
02. Preocupaciones económicas..... |__|
03. Dejar a sus hijos solos..... |__|
04. No ser buena madre/esposa..... |__|
05. Que no se enferme(n)..... |__|
06. No tener para darles de comer..... |__|
07. Educación de su(s) hijo(a)(s)..... |__|
08. Dar (les) estabilidad familiar..... |__|
09. Que no los maltraten (violencia domestica)..... |__|
88. Otro (especificar)..... |__|

14.14 ¿Qué le puede motivar a Usted si se le pide que haga algún cambio para mejorar su alimentación? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] [Todas las casillas deberán tener dato]	1. Mejorar salud..... __ 2. Mi peso corporal..... __ 3. Apariencia física..... __ 4. Por enfermedad..... __ 5. Mejor economía..... __ 6. Salud de su familia..... __ 7. Sentirse bien (auto-estima)..... __ 8. Otro (especificar)..... __
14.15 ¿Qué podría impedir que Usted y/o su familia lleven una alimentación saludable? [Utilice código 1=Si; 2=No; 9=No sabe] [Todas las casillas deberán tener dato]	01. Nada..... __ 02. Costos..... __ 03. Preparación complicada..... __ 04. Recomendaciones difíciles de cumplir..... __ 05. No le(s) gustan las verduras..... __ 06. No tiene disponibles alimentos sanos..... __ 07. No sabe qué comer..... __ 08. El gusto por ciertos alimentos..... __ 09. No tener tiempo para preparar los alimentos ella misma..... __ 88. Otro (especificar)..... __
[APLIQUE A MUJERES EMBARAZADAS DE CONSULTA PRENATAL Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES]	
14.16 Durante el último mes, ¿ha estado molesta a menudo o frecuentemente por sentirse triste, deprimido o sin esperanza?	Si=1 No=2 __ No sabe=9
14.17 Durante el último mes, ¿a menudo se ha sentido molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?	Si=1 No=2 __ No sabe=9
[Aplique si respondió "Si" a cualquiera de las dos preguntas anteriores] 14.18 Con respecto a lo que Usted siente, ¿necesita o quiere ayuda?	Si=1 __ No=2 No sabe=9

15.1 IDENTIFICADOR DE LA PAREJA/ESPOSO DE LA MUJER ENCUESTADA
15.2 IDENTIFICADOR DEL CUESTIONARIO DE LA PAREJA/ESPOSO DE LA MUJER ENCUESTADA
Folio de la persona: __ __ __ __ __
Número progresivo del cuestionario:..... __ __ __ __
ANOTE 99999 EN CASO QUE NO CORRESPONDA CON NINGÚN HOMBRE ENCUESTADO.

OBSERVACIONES

EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN

PREGUNTA	RESPUESTA	
DURANTE LA ENTREVISTA, ¿LA INFORMANTE ENTENDIÓ A LAS PREGUNTAS QUE USTED LE HIZO?	SI.....1 NO.....2	_
¿QUÉ TAN CONFIABLES LE PARECIERON LAS RESPUESTAS DE LA ENTREVISTADA?	MUY CONFIABLES.....1 REGULAR.....2 POCO CONFIABLES.....3	_
DURANTE EL TRANSCURSO DE LA ENTREVISTA, LA ENTREVISTADA SE MOSTRÓ:	INTERESADO.....1 POCO INTERESADO.....2 NO INTERESADO.....3	_