



Ministerio de Salud Pública



ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN “ENSANUT”

CONFIDENCIALIDAD:

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL INFORMANTE SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES Y SERÁN UTILIZADOS ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS DE ACUERDO AL ARTÍCULO 21 DE LA LEY DE ESTADÍSTICA

LACTANCIA MATERNA MENORES DE 3 AÑOS

3

1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. Regional: 1. Norte; 2. Litoral; 3. Centro; 4. Sur	<input type="text"/>	6. Zona:	<input type="text"/>
2. Área: 1. URBANA 2. RURAL	<input type="text"/>	7. Sector:	<input type="text"/>
3. Provincia:	<input type="text"/>	8.No. de vivienda según muestra:	<input type="text"/>
4.Cantón:	<input type="text"/>	9. No. de Hogar	<input type="text"/>
5.Cabecera Cantonal o Parroquial:	<input type="text"/>		

INFORMANTE: Madre ó Cuidadora principal del niño (de 18 años o más de edad y que sea miembro del hogar)

2. DATOS DE LA INFORMANTE

NIÑO/A	COD. PER. FORM. DEL HOGAR	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
INFORMANTE					
Niño/a Original	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>				
Niño/a/ Reemplazo	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>				
Informante					

OBSERVACIONES

SECCIÓN I

INICIO TEMPRANO DE LA LACTANCIA MATERNA

1	<p>¿A (...) su último hijo/a le dio usted alguna vez el seno?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px; text-align: center;">POR LO MENOS UNA VEZ</div>	<p>Si..... 1 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE A LA PREGUNTA 3</div></p> <p>No..... 2</p>
2	<p>¿Por qué no amamantó a (...)?</p>	<p>Porque me hicieron una cesárea..... 1</p> <p>Porque yo estaba muy enferma..... 2</p> <p>Porque (...) nació muy enfermo y le pusieron en otra sala por varios días..... 3</p> <p>Porque después que nació lo llevaron por varias horas cuando regresó ya no quería coger el seno 4</p> <p>Porque no tuve leche..... 5</p> <p>Otra cual..... 6</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right; text-align: center;">PASE A LA PREGUNTA 1 SECCIÓN II</div>
3	<p>¿A qué tiempo después del nacimiento de (...) empezó a mamar o lactar:</p>	<p>Inmediatamente después de nacido (después del parto)? 1</p> <p>Menos de una hora?..... 2</p> <p>Entre una hora y menos de 24 horas?..... 3</p> <p>Más de un día?..... 4</p>

SECCIÓN II

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1	<p>¿Fue alimentado (...) con leche materna durante el día y/o la noche de ayer?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>
2	<p>En los primeros tres días después del nacimiento de (...), antes de que su leche bajara regularmente, ¿le dio algo de beber, aparte de su pecho?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE A LA PREGUNTA 3 SECCIÓN III</div></p>

SECCIÓN III

LACTANCIA MATERNA CONTINUA

1	<p>¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) <u>solamente pecho</u>, sin ningún otro líquido o complemento alimenticio?</p>	<p>Meses <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> Días <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>Nunca le dio solamente pecho.....1</p> <p>Todavía le está dando.....2</p> <p>No recuerda.....3</p>
2	<p>¿(...) recibió la leche materna ayer, en el día y/o en la noche?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>
3	<p>¿Le dio el pecho a (...) cada vez que le pidió, o sea a libre demanda desde que nació?</p>	<p>Si..... 1</p> <p>No..... 2</p>

SECCIÓN IV

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

<p>Ahora quisiera preguntarle acerca de si (...) consumió algún líquido diferente a la leche materna el día de ayer, durante el día o la noche?</p>		
1	<p>¿(...) consumió algún líquido diferente a leche materna el día de ayer, durante el día y/o la noche?</p>	<p>Si.....1</p> <p>No.....2 → <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; float: right;">PASE A LA PREGUNTA 3</div></p>

¿(...) consumió ayer durante el día y/o la noche alguno de los siguientes líquidos: (lea los ítems de la lista de uno en uno), por favor avíseme.

2

	SI	NO	NO SABE	¿CUANTAS VECES CONSUMIÓ EL DÍA DE AYER ESTOS LÍQUIDOS?
1. Agua pura.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Leche de fórmula como por ejemplo NAN (industrializada producida para niños).....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Leche en polvo (en tarro o en funda), o fresca de vaca.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Jugos naturales hechos en casa.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Sopa.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Yogurt (bebible).....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Colada.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Otro líquido Ej bolos, gelatina, gaseosa, fresco solo, tampico	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Agua aromática.....	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. Cualquier Otro líquido?... Especifique	1	2	88	<input type="text"/> <input type="text"/>

Ahora quisiera preguntarle acerca de si (...) consumió algún alimento sólido o semisólido el día de ayer, durante el día y/o la noche?

3

¿(...) comió algún alimento sólido o semisólido, el día de ayer durante el día y/o la noche?

Si.....1

No.....2

**PASE A LA
PREGUNTA 5**

PARA EL ENCUESTADOR

La siguiente pregunta indaga el consumo de alimentos de acuerdo al grupo al que pertenecen.

a) Piense en el momento cuando (...) se despertó ayer. Que comió en ese momento. Si comió algo, por favor dígame todo lo que comió. Pregunte nuevamente algo más? (hasta que responda todo lo que haya comido).

b) Luego siga preguntando que comió (...) después. Dígame todo lo que comió durante el día. Pregunte ¿algo más?, hasta que diga "Nada más"

c) Si responde que comió algún plato como sopa o puré con algo más, pregunte qué ingredientes tuvo. Pregunte, algo más? Hasta que diga nada más.

Si el alimento no está en ninguno de los grupos, escriba el nombre en la casilla que dice "otros alimentos". Si el alimento es utilizado como condimento, póngalo en la categoría de "condimentos".

Cuando termina de recordar las respuestas, lea cada uno de los grupos de alimentos en los que NO MARCÓ y registre lo que responda la informante.

No deje ningún grupo de alimentos en blanco

Piense en el momento cuando (...) se despertó. (SÓLIDOS Y SEMISÓLIDOS)

¿Que comió (...) todo el día de ayer:

[illegible]

20. Escriba los otros alimentos que la entrevistada indica y que no consta en el cuadro.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

CHEQUEE LAS RESPUESTAS DE TODAS LAS CATEGORÍAS.

Si todo es NO pase a pregunta 5

Si al menos una es Si pase a la pregunta 6

5

**Señora le voy a volver a preguntar:
¿Comió (...) cualquier alimento sólido,
semisólido (colada) o suave ayer
durante el día y/o la noche?**

$$Si_{\dots\dots\dots}1 \longrightarrow$$

**PREGUNTE QUÉ TIPO DE ALIMENTOS
SÓLIDOS, SEMISÓLIDOS O SUAVES COMIÓ
(...) Y REGISTRE EN LA PREGUNTA 4**

No.....2

**PASE A LA
PREGUNTA 7**

No sabe.....88

6

¿Cuántas veces (...) comió el alimento sólido, semisólido, suave que no haya sido líquido durante el día y/o la noche de ayer?

Número de veces.....

--	--

No sabe.....	88
--------------	----

7	¿Le agregó AZÚCAR, PANELA O MIEL a algunos de los alimentos ó bebidas que (...) comió o bebió ayer?	Si.....1 No.....2
8	¿Le agregó SAL a algunos de los alimentos ó bebidas que (...) comió o bebió ayer?	Si.....1 No.....2
9	¿Tomó (...) algún líquido de una botella con chupón ayer, durante el día y/o la noche?	Si.....1 No.....2
10	¿Cuál de estos líquidos tomó primero (...) regularmente: <div>ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL LÍQUIDO QUE DIGA LA MADRE, UNA SOLA ALTERNATIVA</div>	Agua simple?.....1 Leche de fórmula?.....2 Leche entera de funda o en polvo?.....3 Agua aromática?.....4 Otros líquidos: bebidas gaseosas, bolos, gelatina, fresco solo, tampico?.....5 <div>Ninguno..... 6 PASE A PREG. 13</div>
11	¿A qué edad (...) comenzó a tomarlo? <div>ESCRIBA LA EDAD EN MESES Y/O DÍAS</div>	Edad (...) Días <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/>
12	¿Cuántos biberones le dio a (...) el día y/o la noche de ayer? <div>ESCRIBA EL NÚMERO DE BIBERONES QUE LE RESPONDA LA MADRE</div>	¿Cuántos? <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Por favor cuénteme ¿recibió (...) al menos dos tomas de leche artificial, leche de vaca, u otra leche animal el día y/o noche de ayer?	Si.....1 No.....2

OBSERVACIONES	