Grupo: ❑ hacedor ❑ No hacedor

|  |
| --- |
| **Cuestionario de Análisis de Barreras** **Lactancia materna exclusiva** **para usarse con madres de niños y niñas de 5 a 12 meses de edad** |

|  |
| --- |
| **Declaración de Comportamiento**Madres de niños y niñas de 0 a 6 meses los alimentan con lactancia materna exclusiva  |

**Datos Demográficos**

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. De Cuestionario: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Introducción** Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy parte de un equipo de estudio, investigando prácticas de alimentación para niños y niñas. El estudio incluye una conversación sobre este tema y nos tomará aproximadamente 20 minutos. Me gustaría escuchar su punto de vista sobre este tema. Usted no está obligado/a a participar en el estudio y ningún servicio va a ser detenido si elige no participar. También, si elige ser entrevistado, no va a recibir ninguna compensación o bono o servicio adicional. Todo lo que discutamos será confidencial. ¿Le gustaría hablar conmigo? (*Si no, agradecerle por su tiempo*) |

**Parte A: Preguntas de selección Hacedor /No Hacedor**

1. ¿Qué edad tiene su hijo(a) menor? \_\_\_\_\_\_ meses 🡨 *escribir la edad en meses*

❑ A. 5 – 12 meses

❑ B. 0 – 4 meses *🡪 Termine la entrevista y busque a otra madre*

❑ C. 13 meses o mayor *🡪 Termine la entrevista y busque a otra madre*

❑ D. No sé/no responde *🡪 Termine la entrevista y busque a otra madre*

2. ¿Le ha dado de mamar a este bebé?

❑ A. Si

❑ B. No*🡪 Termine la entrevista y busque a otra madre*

❑ C. No sé/no responde *🡪 Termine la entrevista y busque a otra madre*

3. Me gustaría que recordara cuando su bebé era más pequeñito/a, incluso el tiempo en que acababa de nacer. Ahora, por favor cuénteme ¿Cuánto tiempo tenía su bebé de haber nacido cuando usted le dio algún líquido que no fuera leche materna? Por ejemplo, agua, jugo, leche de cabra o leche de vaca.

❑ A. 5 meses o más 🡪 *Marcar como Hacedora y continuar en la sección B*

 ❑ B. 0 – 4 meses 🡪 *Marcar como No Hacedora y continuar en la sección B*

❑ C. No sabe/no responde 🡪 *Terminar la entrevista y buscar a otra madre.*

4. ¿Cuánto tiempo tenía su bebé de haber nacido cuando usted le dio algún alimento semi-sólido? Por ejemplo, papilla, sopa, etc.

❑ A. 5 meses o más 🡪 *Marcar como Hacedora y continuar en la sección B*

 ❑ B. 0 – 4 meses 🡪 *Marcar como No Hacedora y continuar en la sección B*

❑ C. No sabe/no responde 🡪 *Terminar la entrevista y buscar a otra madre.*

**Tabla de clasificación de Hacedor/No hacedor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hacedor**(todo lo siguiente) | **No Hacedor**(cualquiera de lo siguiente) | **No Sera Entrevistado/a** (cualquiera de lo siguiente) |
| Pregunta 1 = A |  | Pregunta 1 = B o C o D |
| Pregunta 2 = A |  | Pregunta 2 = B o C |
| Pregunta 3 = A | Pregunta 3 = B | Pregunta 3 = C |
| Pregunta 4 = A | Pregunta 4 =B | Pregunta = C |

Grupo: ❑ Hacedor ❑ No hacedor

|  |
| --- |
| **Explicación del Comportamiento:** Behavior not explained in the original English questionnaire, and I would like to suggest to add what EBF means (no liquids – not even water- until baby turns 6 months old |

**Parte B: Preguntas de Investigación**

(*Autoeficacia/Habilidades Percibidas*)

1. **Hacedoras/No Hacedoras**: Con su conocimiento, recursos y habilidades actuales, ¿piensa que podría darle lactancia materna exclusiva a su bebé durante los primeros 6 meses de edad?

❑ A. Si

❑ B. Posiblemente

❑ C. No

❑ D. No sé

(*Autoeficacia Percibida*)

2a. **Hacedoras**: ¿Qué cosas le **facilitan** darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

2b. **No Hacedoras**: ¿Qué cosas le **facilitarían** darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

(*Escriba todas las respuestas abajo. Ayude a ampliar las respuestas con “¿Qué más?”*)

(*Autoeficacia Percibida*)

3a. **Hacedoras**: ¿Qué cosas le **dificultan** darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

3b. **No Hacedoras**: ¿Qué cosas le **dificultarían** darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

(*Escriba todas las respuestas abajo. Ayude a ampliar las respuestas con “¿Qué más?”*)

(*Consecuencias Positivas Percibidas*)

4a. **Hacedoras**: ¿Cuáles son las **ventajas** de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

4b. **No Hacedoras**: ¿Cuáles serían las **ventajas** de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

(*Escriba todas las respuestas abajo. Ayúdele a seguir con “¿Qué más?”*)

(*Consecuencias Negativas Percibidas*)

5a. **Hacedoras**: ¿Cuáles son las **desventajas** de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

5b. **No Hacedoras**: ¿Cuáles serían las **desventajas** de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

(*Escriba todas las respuestas abajo. Ayude a ampliar las respuestas con “¿Qué más?”*)

(*Normas Sociales Percibidas*)

6a. **Hacedoras**: La mayoría de personas que usted conoce, ¿aprueban que usted le dé lactancia materna exclusiva a su bebé durante los primeros 6 meses de edad?

6b. **No Hacedoras**: ¿La mayoría de personas que usted conoce, ¿Aprobarían que usted le dé lactancia materna exclusiva a su bebé durante los primeros 6 meses de edad?

❑ A. Si

❑ B. Posiblemente

❑ C. No

❑ D. No sé/no puedo decir

(*Normas Sociales Percibidas*)

7a. **Hacedoras**: ¿Quiénes son las personas que **aprueban** su práctica de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

7b. **No Hacedoras**: ¿Quiénes son las personas que **aprobarían**  que le diera a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

(*Escriba todas las respuestas abajo. Ayude a ampliar las respuestas con “ ¿Quien más?”, “¿Alguien más en particular?”*)

(*Normas Sociales Percibidas*)

8a. **Hacedoras**: ¿Quiénes son las personas que **no aprueban** que usted le dé a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

8b. **No Hacedoras**: ¿Quiénes son las personas que **no aprobarían** que usted le diera a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

 (*Escriba todas las respuestas abajo. Ayude a ampliar las respuestas con “¿Quien más?”, “¿Alguien más en particular?”*)

(*Acceso Percibido*)

9a. **Hacedor:** ¿Qué tan difícil es obtener el apoyo que necesita para darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

9b. **No Hacedor:** ¿Qué tan difícil sería obtener el apoyo que necesitaría para darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

❑ A. Muy difícil

❑ B. Un poco difícil

❑ C. No es difícil

❑ D. No se/no puedo decir

(Señales para la acción/Recordatorios)

10a. **Hacedoras**: ¿Qué tan difícil es recordar darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

10b. **No Hacedoras**: ¿Qué tan difícil sería recordar darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

❑ A. Muy difícil

❑ B. Un poco difícil

❑ C. No es difícil

❑ D. No se/no puedo decir

(*Susceptibilidad/Riesgo Percibido*)

11. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Qué tan probable es que su bebé se desnutra? ¿Muy probable, poco probable, o no es probable?

❑ A. Muy probable

❑ B. Poco probable

❑ C. No es probable

❑ D. No se/no puedo decir

12. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Qué tan probable es que le de diarrea a su bebé? ¿Muy probable, poco probable, o no es probable?

❑ A. Muy probable

❑ B. Poco probable

❑ C. No es probable

❑ D. No se/no puedo decir

*[Severidad percibida]*

13. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Que tan grave sería si su bebé se desnutre? ¿Muy grave, poco grave, o no sería grave?

❑ A. Un problema muy grave

❑ B. Un problema un poco grave

❑ C. No sería grave}

❑ D. No se/no puedo decir

14. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Que tan grave sería si le da diarrea a su bebé? ¿Muy grave, poco grave, o no sería grave?

❑ A. Un problema muy grave

❑ B. Un problema un poco grave

❑ C. No sería grave

❑ D. No se/no puedo decir

(*Eficacia de Acción Percibida*)

15. **Hacedoras y No Hacedoras**  ¿Qué tan probable es que su bebe se desnutra si usted le da lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad? ¿Muy probable, poco probable, o no es probable?

❑ A. Muy probable

❑ B. Un poco probable

❑ C. No es probable

❑ D. No se/no puedo decir

16. **Hacedoras y No Hacedoras**  ¿Qué tan probable es que le dé diarrea a su bebé si usted le da lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad? ¿Muy probable, poco probable, o no es probable?

❑ A. Muy probable

❑ B. Un poco probable

❑ C. No es probable

❑ D. No se/no puedo decir

(*Voluntad Divina Percibida*)

17. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Piensa que Dios causa la desnutrición?

❑ A. Sí

❑ B. No

❑ C. No sé/No puedo decir

18. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Piensa que Dios causa la diarrea?

❑ A. Sí

❑ B. No

❑ C. No sé/No puedo decir

(*Cultura*)

19. **Hacedoras y No Hacedoras:** ¿Hay reglas culturales, tabús o creencias que están en contra de darle a su bebé lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad?

❑ A. Sí

❑ B. No

❑ C. No sé

(Ahora le haré una pregunta que no está relacionada a lactancia materna)

(*Motivadores Universales*)

20. **Hacedoras y No Hacedoras**: ¿Qué es lo que más desea que suceda en su vida?

|  |
| --- |
| **¡Agradezca al entrevistado por su tiempo!** |