

Sexta Visita (12 meses): Cuestionario Sección Alimentación**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

1.-4: Código de visita: El código estará compuesto por: tu código de PAPenRed seguido de un guion y el número de inclusión de este niño en el estudio seguido de otro guion y el 6 correspondiente a la sexta visita (ejemplo para esta sexta visita: si tu código es AS03, el primer niño incluido será AS03-1-6 el segundo, AS03-2-6; etc.): _____ - ___ - **6**

Fecha de la visita: _____ / _____ / _____

2.- SECCIÓN MÉTODO DE ALIMENTACION DEL BEBE (LACTANCIA)

(Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en la sección 4)

** ATENCIÓN: Se ha suprimido en la Visita 6 (12 meses de vida) la anterior Sección 2/5 "Lactancia Materna Predominante". La clasificación de alimentación láctea del bebé consta ahora de 4 secciones, con una numeración diferente a la de las anteriores visitas.

Indique, por favor. En los últimos 7 días ¿Qué tipo de leche le ha dado a su bebé?

1. Solo ha recibido leche materna: **Lactancia materna Exclusiva (LME)**
2. Ha recibido otros tipos de leche además de la leche materna: **Lactancia Mixta**
3. Recibió lactancia materna y ahora sólo lactancia artificial: **Lactancia Artificial tras abandono de lactancia materna**
4. **Siempre recibió lactancia artificial**

Responda a continuación a las preguntas del apartado que corresponda a la alimentación que está dando a su bebé (Ha de escoger entre el 1 y el 4)

(1) Lactancia Materna Exclusiva (LME) sólo recibe lactancia materna: Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en la Sección 4

- Indique cómo está ofreciendo el pecho a su bebé:
 - A demanda (cuando lo pide o llora)
 - Siguiendo un horario
 - En ambos casos:
 - ¿Cuántas tomas de promedio hace al día? (Sume las del día y de la noche) _____ tomas/24 horas
 - Cuántas veces de promedio toma por la noche entre las 12 y las 7 de la mañana? _____ tomas/noche. [Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].

(2) Lactancia Mixta. Recibe otros tipos de leche además de la leche materna: Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en la Sección 4

- ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando empezó a darle otro tipo de leche diferente a la materna?
 - Ya respondido en visita(s) anterior(es)
 - 6 meses 7 meses 8 meses 9 meses 10 meses
11 meses 12 meses

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL. ESTUDIO LAYDI

- ¿Cuáles fueron las razones para añadirle otro tipo de leche diferente a la materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
 - Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta*
 - Decisión propia
 - Tenía la sensación de tener poca leche
 - Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
 - El bebé ganaba poco peso
 - Tenía dolor en los pechos
 - Tenía grietas
 - Mastitis
 - Enfermedad materna (especificar la enfermedad) _____
 - Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) _____
 - Consejo de pediatra
 - Consejo de enfermera/matrona
 - Consejo de familiar
 - Trabajo materno
 - Otros, detalle: _____
- ¿Cuántas tomas hace al día _____ tomas/ 24 horas
- ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) _____ biberones/ 24 horas. (Si es alguna vez, ponga < 1 al día)
- Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé
 - Fórmula de inicio (1)
 - Fórmula de continuación (2)
 - Fórmula (3) Junior o de "Crecimiento"
 - Fórmula hidrolizada
 - Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
 - Leche de vaca entera
 - Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
 - Otra, detalle: _____
- Cantidad aproximada de cada biberón: < de 90 ml 91 a 120 ml 121 a 150 ml
 De 151 a 180 ml de 181 a 210 ml de 211 a 240 ml > de 241 ml
- ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana?
 _____ tomas/ noche. [*Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)*]

(3) Lactancia artificial tras abandono de lactancia materna. Recibió leche materna, pero ya no la recibe: *Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en la Sección 4*

- ¿Cuántos meses tenía su bebé cuando dejó de darle leche materna?
 - *Ya respondido en visita(s) anterior(es)*
 - 6 meses 7 meses 8 meses 9 meses 10 meses
 11 meses 12 meses
- ¿Cuáles fueron las razones para dejar de administrarle leche materna? *Se pueden elegir varias respuestas*
 - Ya respondida en visita(s) anterior(es) - *no marcar ninguna de las otras opciones si se marca esta*
 - Fue una decisión propia
 - Tenía la sensación de tener poca leche
 - Tenía la sensación de que el bebé tenía hambre
 - El bebé ganaba poco peso
 - Tenía dolor en los pechos
 - Tenía grietas

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL. ESTUDIO LAYDI

- Mastitis
 - Enfermedad materna (especificar la enfermedad) _____
 - Enfermedad del bebé (especificar la enfermedad) _____
 - Consejo del pediatra
 - Consejo de enfermera/matrona
 - Consejo familiar
 - Trabajo materno
 - Otras
 - Si una de las razones principales de abandonar la lactancia materna ha sido el trabajo materno indique qué situación se parece más a la suya (puede marcar varias opciones)
 - Ha dejado de dar el pecho por completo porque el horario era muy difícil de compaginar (turnos, guardias...)
 - Ha dejado de dar el pecho por completo porque no se iba a poder sacar la leche en el trabajo
 - Ha dejado de dar el pecho por completo porque el trabajo tiene riesgos para la Lactancia Materna
 - Ha dejado de dar el pecho por completo por decisión propia
 - Otra, detalle: _____
- Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé
 - Fórmula de inicio (1)
 - Fórmula de continuación (2)
 - Fórmula (3) Junior o de "Crecimiento"
 - Fórmula hidrolizada
 - Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
 - Leche de vaca entera
 - Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
 - Otra, detalle: _____
 - ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche): _____
 - Indique la cantidad media aproximada de cada biberón: < de 90 ml 90 a 120 ml
De 121 a 150 ml De 151 a 180 ml De 181 a 210 ml De 211 a 240ml
> de 241 ml
 - ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana?
_____ tomas/noche. [Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)]

(4) Lactancia artificial desde el inicio. Decidió no ofrecer leche materna desde el inicio: Anotar en esta sección solo los datos en relación con la lactancia. La alimentación complementaria se registrará en la Sección 4

- Indique por favor el tipo de leche que toma su bebé
 - Fórmula de inicio (1)
 - Fórmula de continuación (2)
 - Fórmula (3) Junior o de "Crecimiento"
 - Fórmula hidrolizada
 - Otra leche de fórmula adaptada (soja, arroz, etc.)
 - Leche de vaca entera
 - Sucedáneo lácteo no adaptado (leche de almendras, arroz, soja...)
 - Otra, detalle: _____
- ¿Cuántos biberones toma al día? (sume el día y la noche) _____ biberones
- Indique la cantidad aproximada de cada biberón: < 90 ml 90 a 120 ml
De 121 a 150 ml De 151 a 180ml De 181 a 210 ml
De 211 a 240m >241ml

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL. ESTUDIO LAYDI

- ¿Cuántas tomas de promedio hace entre las 12 de la noche y las 7 de la mañana?
_____ tomas/noche. [Vale el cero (ninguna) y < de 1 (alguna vez)].

4.- SECCIÓN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

4.-1: Edad de introducción de los diferentes alimentos indicada en meses (pueden incluirse meses enteros y fracciones; por ejemplo: 7 meses y medio, 8 meses, etc.). Si aún no se ha introducido el alimento, anotar: "No iniciado". Si ya se anotó la edad de introducción en visita previa; Anotar: "ya respondido en visitas previas".

- Cereales sin gluten _____
- Cereales con gluten (pan, galletas, papillas, etc.) _____
- Frutas (enteras, troceadas o en papilla) _____
- Verduras _____
- Aves _____
- Carne _____
- Pescado _____
- Yema de huevo _____
- Clara de huevo _____
- Legumbres _____
- Leche de vaca _____
- Yogures, quesos o derivados lácteos _____
- Frutos secos (triturados) _____

4.-2:- Responda por favor, a algunas preguntas acerca de la alimentación de su hijo/ hija escogiendo la que más se aproxime a su situación actual:

- Indique el número de veces en el día que su bebé toma alimentos diferentes de la leche. Ya ha respondido en otra pregunta acerca del número de tomas de leche (materna o adaptada) que hace su hijo en el día. Ahora responda por favor, al número de comidas que hace en el día de otros alimentos (sólidos, semisólidos o blandos)
1 2 3 4 5 6 > de 6
- Elija la consistencia de los alimentos que come su hijo/a habitualmente
 - Come todo triturado en puré o papilla
 - Come casi todo triturado y le da también alimentos parcialmente troceados. Por ejemplo, pan.
 - En el caso en que sea esta la respuesta: ¿A qué edad empezó a darle ocasionalmente alimentos troceados? (pueden incluirse meses enteros y fracciones como: 7 meses; 8 meses y medio etc.) _____
 - Come con más frecuencia alimentos parcialmente troceados que purés o papillas
 - En caso afirmativo: ¿A qué edad comenzó a comer habitualmente alimentos troceados? (pueden incluirse meses enteros y fracciones como: 7 meses, 8 meses y medio etc.) _____
- ¿Qué tipo de comida come?
 - Come habitualmente de la misma comida de la familia, salvo excepciones
 - Come una comida especialmente preparada para él /ella
- Autonomía en la comida: ¿Cómo come?
 - Solo/a (come por sí mismo/a prácticamente todo)
 - Con ayuda (Una parte come solo/a, otra se la da otra persona)

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL. ESTUDIO LAYDI

- Le da alguien de comer toda la comida
- ¿Quién le ayuda o le da de comer de forma habitual?
La respuesta puede ser múltiple
 - Madre
 - Padre
 - Abuelos
 - Otro familiar
 - Persona contratada
 - Depende del horario
 - No pertinente. Come solo/a sin ayuda
 - Otra detalle _____
- ¿Come a la misma hora y en la mesa con la familia?
 - Si habitualmente
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca
 - Otra detalle _____
- ¿Cuál es la comida que más le gusta? _____
- ¿Tiene problemas para dar de comer a su hijo/a?
 - Si No
 - En caso afirmativo, escoja lo que más se ajuste a su caso:
Posibilidad de escoger más de una opción
 - Nunca quiere comer:
 - Nunca tiene hambre
 - No quiere comer nunca algún/algunos alimentos
En caso de que elija esta opción, diga cuál/cuales (leche, fruta...) _____
 - No quiere comer a alguna hora:
Si elige esta opción, escoja lo que más se ajuste a su caso (puede elegir varias)
 - Desayuno
 - Comida
 - Merienda
 - Cena
- ¿Cree que su hijo/a come demasiado y no es capaz de decirle que no?:
 - Si No
- Quién toma las decisiones sobre el menú principal del niño/a
 - Madre
 - Padre
 - Padre y madre
 - Abuelas/os
 - Otro familiar
 - Persona contratada
- ¿Cómo toma los líquidos habitualmente?
 - Biberón Taza o vaso

LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO INFANTIL. ESTUDIO LAYDI
4.-3: Escala Adaptada del estudio ENALIA Frecuencia de consumo de alimentos y bebidas Señale la frecuencia con la que su hijo/a consume los siguientes alimentos

	>1vez día	1 vez día	4-6v semana	2-3v semana	1v semana	1-3v mes	Nunca
Pan							
Cereales para papilla							
Cereales de desayuno							
Bollería industrial							
Verduras y Ensaladas							
Legumbres							
Patatas							
Fruta fresca							
Zumo natural							
Carne fresca (ternera, cerdo, cordero.)							
Carne fresca (Pollo o pavo)							
Fiambres (jamón york „pavo)							
Embutidos (chorizo, salchichón.							
Pescado blanco(merluza, bacalao, lenguado, gallo)							
Pescado azul (sardina, boquerón anchoa)							
Leche vaca							
Leche de fórmula (continuación, crecimiento)							
Otros tipos de leche (sin lactosa, soja...)							
Queso							
Yogur							
Huevos							
Azucar							
Dulces, chuches							
Batidos envasados							
Zumos industriales							
Chocolate							