

CUESTIONARIO LACTANCIA (CLAC)

- a) IDNUM NIÑO:
- b) FECHA CUESTIONARIO: ___ / ___ / ___
- c) ENTREVISTADOR: _____
- d) ENTREVISTADO: MADRE PADRE OTRO (ESPECIFICAR) _____

Vamos a preguntarle todos los **acontecimientos en la alimentación del niño/a** durante su **primer año de vida**, empezando por **el tipo de lactancia**

1. Al nacer su hijo/a ¿le dió el pecho?

1. Sí ¿Durante al menos 7 días completos (*aunque lo haya alternado con biberones*)?
- 1.1 Sí (*pasar al apartado de **lactancia materna y mixta**, preguntas 2 a 11*)
- 1.2 No (*pasar al apartado de **lactancia artificial exclusiva**, preguntas 12 a 18*)
2. No (*pasar al apartado de **lactancia artificial exclusiva**, preguntas 12 a 18*)

Nota: se entiende por **LACTANCIA MATERNA** el uso exclusivo de leche materna durante al menos una semana completa (7 días) de vida del recién nacido y por **LACTANCIA MIXTA** el empleo simultáneo de lactancia materna y artificial con biberón durante al menos una semana completa de vida del recién nacido. Se entiende por **LACTANCIA ARTIFICIAL EXCLUSIVA** el empleo únicamente de lactancia con biberón desde el nacimiento, así como el empleo de lactancia materna (junto con biberón o no) pero durante 6 o menos días.

En todo tipo de lactancia: responder a las preguntas 19 a 24

Lactancia materna y mixta

2. ¿Realizó lactancia materna exclusiva antes de iniciar la mixta o artificial?

1. Sí (pasar a pregunta 3)
2. No, di de forma simultánea la lactancia materna y artificial desde el principio (*pasar a pregunta 6*)
3. Otras (*especificar*) _____

(Si nunca realizó lactancia artificial: pasar a **pregunta nº 4**)

3. ¿A qué edad del niño introdujo la lactancia artificial, es decir los biberones de leche adaptada?

_____ meses _____ semanas

Si fue menos de una semana: _____ días

4. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, ¿recibió algún biberón en la maternidad del hospital?

1 Sí Indicar número de tomas _____

2 No

5. Durante el tiempo en que sólo le daba el pecho, y después de salir de la maternidad, ¿le dio a su hijo algún biberón (al menos uno) de fórmulas artificiales de forma muy esporádica?

1 Sí Indicar edad del niño (para el primer biberón) en _____(meses) _____(semanas)
Nº de veces (en total) _____

2 No

(Si nunca realizó lactancia artificial: pasar a **pregunta nº7**)

6. Una vez introducida la lactancia artificial, ¿qué número de tomas al día (incluyendo las tomas nocturnas) realizaba de cada una?

(Marcar el número de tomas dentro de los recuadros):

	Edad del niño en meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nº tomas de biberón al día												
Nº tomas de pecho al día												

7. Durante todo el periodo en que le daba pecho, ¿necesitó sacarse la leche por motivo laboral u otro?

1. Sí (rellenar la tabla)

2. No (pasar a pregunta 8)

Si Sí, rellenar la tabla siguiente (marcar el número de tomas dentro de los recuadros):

	Forma de conservar la leche	Edad del niño en meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nº tomas de leche materna con biberón	Nevera												
	Congelador												

(Si nunca realizó lactancia artificial: pasar a **pregunta nº10**)

8. ¿Cuál es el origen principal del agua cuando preparaba los biberones de su hijo/a?

- 1 Agua municipal (del grifo)
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada. Especificar marca _____
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe/No contesta

8.a Si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí Indicar tipo: _____
- 2 No

8.bis ¿Esteriliza el agua para preparar biberones? :

1. Sí Si Sí Indicar método: _____
Si el método es **ebullición**, indicar:
 - Tiempo de ebullición _____ minutos
 - Edad del niño cuando dejo de esterilizar el biberón _____ meses
2. No

9. ¿Ha dejado de amamantar a su hijo/a?

- 1 Sí, indique la edad del niño cuando dejó _____ meses _____ semanas
- 2 No

10. ¿Tomó medicamentos mientras daba el pecho a su hijo?

1. Sí
2. No

Si **Sí**: completar tabla

Nota: *anotar también los tratamientos adquiridos en herboristerías y/o automedicación, así como pomadas o cremas medicamentosas. Incluir también los suplementos vitamínicos o minerales.*

Nombre medicamento	Motivo	Dosis diaria	Fecha Inicio ¹	Fecha Fin ²	¿Quién lo prescribió?
1.			__/__/__	__/__/__	
2.			__/__/__	__/__/__	
3.			__/__/__	__/__/__	
4.			__/__/__	__/__/__	
5.			__/__/__	__/__/__	

¹ Si lo inició durante el embarazo o antes y lo toma todavía poner como fecha de inicio la fecha de nacimiento

² Si lo sigue tomando actualmente (en la fecha de la entrevista) poner la fecha de la entrevista y en comentarios indicar que lo sigue tomando

^{1 y 2} Las fechas en mes y año

11. Cuando introdujo la lactancia artificial, ¿cuál fue la razón? (puede marcar más de una opción)

1. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
2. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
3. Escasa ganancia de peso del niño
4. Experiencia negativa en una lactancia anterior
5. Cuestiones laborales por parte de la madre
6. Problemas de salud de la madre (Especificar: _____)
7. Otros (Especificar: _____)

Lactancia artificial

12. Durante la primera semana del niño (6 días o menos), ¿le dio a su hijo alguna toma de lactancia materna?

1. Sí
2. No

Si Sí: ¿durante cuántos días? _____ días

13. ¿Hasta qué edad alimentó a su hijo con lactancia artificial de forma exclusiva? (hasta la introducción de otros alimentos complementarios)

_____ meses _____ semanas (p.ej. 4 meses 2 semanas)

14. Durante el tiempo de lactancia artificial exclusiva, ¿cuántas tomas al día (incluyendo las tomas nocturnas) hacía su hijo?

	Edad del niño en meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Nº tomas de biberón													

15. ¿Qué tipo de agua utilizó al preparar los biberones?

- 1 Agua municipal del grifo
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada. Especificar marca _____
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 10 No sabe/No contesta

15.a Sólo si el origen del agua que utiliza para preparar biberones es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí Indicar tipo: _____
- 2 No

16. ¿Esteriliza el agua para preparar biberones? :

1. Sí Si Sí Indicar método: _____

Si el método es **ebullición**, indicar:

- Tiempo de ebullición _____ minutos
- Edad del niño cuando dejo de esterilizar el biberón _____ meses

2. No

17. ¿Por qué razón eligió dar la lactancia artificial?

1. Hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche)
2. Dificultad del bebé de cogerse al pecho
3. Escasa ganancia de peso del niño
4. Experiencia negativa en una lactancia anterior
5. Cuestiones laborales por parte de la madre
6. Problemas de salud de la madre. Especificar: _____
7. Otros. Especificar: _____

18. ¿Qué persona le influyó más a la hora de tomar la decisión?

1. Usted sola
2. Se lo aconsejó su médico
3. Se lo aconsejó su matrona
4. Su pareja
5. Otras personas: _____

En todo tipo de lactancia

19. ¿Qué tipo de leche utilizó, tanto para preparar biberones como para mezclar papillas lacteadas? y ¿Cuál es el nombre de la marca/s comercial/es de la leche/s ?

	Edad del niño en meses al inicio de la leche												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche adaptada: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de crecimiento (junior o tipo 3) Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de crecimiento (junior o tipo 3) Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche especial (soja, etc.): Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Leche de vaca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
Otro tipo de leche: Marca:	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	①①	①②
¿Ha experimentado algún problema con alguna fórmula? En caso de que sí. Descríbalo.													

19. a Si toma leche de vaca, ésta es principalmente

1. Entera
2. Semi-descremada
3. Descremada

20. Introducción de la alimentación complementaria

		Edad del niño al comienzo del alimento												Frecuencia actual	
Tipo de Alimento	Tipo de preparación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Veces semana
Frutas: manzana, pera, naranja	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Plátano, fresa, melocot, albaricoq	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Zumo de fruta:	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Papilla cereales sin gluten (maíz, tapioca, arroz)	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Papilla cereales con gluten (trigo, avena)	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Arroz (incluida la sémola de arroz)	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Fideos o pasta de trigo	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pan	Panadería	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Industrial (tipo Bimbo)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Galletas	Tipo (María, rellenas)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Galletas sin gluten	Tipo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Patatas	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Verduras y hortalizas	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Legumbres	Con piel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Sin piel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Carne de pollo, avestruz	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Carne de cordero	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Introducción de la alimentación complementaria (continuación)		Edad del niño al comienzo del alimento												Frecuencia actual	
Tipo de Alimento	Tipo de preparación	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Veces semana
Carne de vacuno	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Jamón y embutidos	Tipo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pescado Blanco	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Pescado Azul	Casero (tipo + frec)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Yema de huevo		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Huevo con clara		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Yogures (indicar marca)	Blanco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Sabor + frec	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Queso fresco		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Otro tipo de queso	Tipo:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Postre lácteo (flan, natillas)	Casero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	Marca:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Leche de vaca	Entera Semidescremada Descremada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Chocolate	De tableta, bombones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Chucherías		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Frutos secos	Tipo + frec:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Aperitivos	Tipo papas, ganchitos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Infusiones	Tipo "llavoretas" (natural) Blevit Digest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Refrescos	Tipo coca cola, fanta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
¿Añade sal a las comidas? Sí No		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
¿Añade cubitos tipo Maggi a las comidas?		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
¿Utiliza aceite añadido? Tipo:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Otro alimento no descrito:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Otro alimento no descrito:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Otro alimento no descrito:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

21. ¿Ha presentado el niño algún tipo de reacción con algún alimento?

1. Sí
2. No

Si Sí: ¿Qué tipo de reacción?: _____

22. ¿Toma el niño algún tipo de suplemento vitamínico, mineral o de otro tipo (como por ejemplo omega 3)?

1. Sí
2. No

Si Sí: completar tabla

Nota: anotar **también los suplementos adquiridos en herboristerías y/o automedicación.**

Nombre medicamento	Motivo	Dosis diaria	Fecha Inicio ¹	Fecha Fin ²	¿Quién lo prescribió?
1			__/__/__	__/__/__	
2			__/__/__	__/__/__	
3			__/__/__	__/__/__	
4			__/__/__	__/__/__	
5			__/__/__	__/__/__	

23. ¿Cuál es el origen principal del agua que bebe actualmente su hijo/a ? (sin contar la de los biberones y la de preparar la comida) **indicar un sólo origen, el que usted considere más frecuente)**

- 1 Agua municipal (del grifo)
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada. Marca: _____
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

23.a. Si el origen del agua que bebe es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí Indicar tipo: _____
- 2 No

24. ¿Cuál es el origen principal del agua que utiliza para cocinar en su residencia? (indicar un solo origen, el que usted considere más frecuente)

- 1 Agua municipal (del grifo)
- 2 Pozo privado
- 3 Agua embotellada Marca: _____
- 4 Otro origen (especificar) _____
- 9 No sabe

24.a Si el origen del agua que usa para cocinar es agua municipal ¿Utiliza algún tipo de filtro?

- 1 Sí Indicar tipo: _____
- 2 No

OBSERVACIONES: