

## **ANEXOS**

En esta Sección se muestran los instrumentos empleados en la conducción del Proyecto IssAndes en las 3 provincias de los Andes ecuatorianos, junto con información útil para la interpretación de los resultados del mismo.

Anexo 1. Estimación del tamaño de la muestra de niños con edades < 3 años, tal y como se condujo en el componente de nutrición del Proyecto IssAndes del Perú. Dicha estrategia también se empleó en este estudio.

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos.

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos.

Anexo 4. Formulario de registro del consumo individual de alimentos del niño.

Anexo 5. Formulario de registro de la preparación de recetas.

Anexo 6. Cronograma de capacitación de los técnicos de campo (léase también encuestadores).

Anexo 7. Formulario para el registro del Consentimiento escrito para la madre o cuidadora principal.

Anexo 8. Tarjeta de evaluación antropométrica de niños menores de 2 años.

Anexo 1. Estimación del tamaño de la muestra de niños con edades < 3 años, tal y como se condujo en el componente de nutrición del Proyecto IssAndes del Perú. Dicha estrategia también se empleó en este estudio.

Grupo-diana	Indicador <sup>¶</sup>	Prevalencia estimada, Punto 1	Prevalencia estimada, Punto 2	Precisión	Poder	Número de personas seleccionadas
Niños menores de 23 meses de edad	Porcentaje de la población que cubre un 80% de sus recomendaciones diarias de ingesta de hierro	23.0%	43.0%	5.0%	20.0%	87
	Porcentaje de la población que cubre un 80% de sus recomendaciones diarias de ingesta de zinc	19.0%	39.0%	5.0%	20.0%	81

<sup>¶</sup> Datos provistos por el Estudio Yanapai (Scurrah *et al.*) realizado en la localidad de Huancavelica (Perú) con una población que vive en una sierra rural a 4000 metros sobre el nivel del mar.

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos.



Código Institución			/			Niño (a)
	Encuestador		/	Familia		
Fecha	Día	Mes	Año	Hora (formato 24h)		
				__ __ : __ __		

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

Encuestador	Nombre / segundo nombre / apellido paterno / segundo materno			Código
Miembro del hogar	Nombre / segundo nombre / apellido paterno / segundo materno	Edad (año/mes)	Relación con el niño (a)	Parentesco con jefe del hogar
Niño (a) < 3 años		<b>¿Qué relación con el jefe (a) del hogar tiene la persona?</b> 1= JEFE(A) DEL HOGAR;                      7= ABUELO/ABUELA; 2= ESPOSA/ESPOSO                        8= HERMANO/HERMANA 3= HIJO/HIJA;                                9= TÍO/TÍA 4= SUEGRO/SUEGRA                        10= OTRA PERSONA NO PARIENTE 5= PADRE/MADRE;                         11= OTRO 6= NIETO/NIETA		
Madre				
Cuidadora principal				
Jefe del hogar				

Código CIP						
	Provincia	Cantón	Parroquia	Comunidad	Nº hogar	Nº encuestador

Este cuestionario está diseñado para *todos* los niños y niñas menores de 36 meses de edad (o 3 años). Si hay más de un niño menor de 36 meses de una misma madre en un mismo hogar solo se tomara en cuenta a su hijo o hija menor.

Si en un mismo hogar existen 2 niños o niñas menores de 36 meses aplicar todo el formato a cada madre por separado.

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

SECCIÓN N°1: DATOS DEL NIÑO/A, Y SU HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

Dígale a la madre o informante: “Buenos días, Señora. Vamos a hablar sobre su hijo (a). Para esto le voy a realizar algunas preguntas sobre su hijo (a). ¿Cómo se llama su hijo (a)? Luego habrán algunas preguntas sobre su nacimiento y luego sobre su alimentación.

Esta encuesta va a servir para poder conocer acerca de los hábitos alimentarios de su hijo. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo para conocer su opinión. Responda con sinceridad y si desea al final de la encuesta puedo tratar de ayudarle a resolver algunas consultas que puedan surgir”.

1	Fecha del Nacimiento del niño:	Día /mes / año
		___/___/___

Si no hay fecha de nacimiento llena 99/99/99 y pase a la Pregunta 3

2	Fuente de la fecha de nacimiento	Ninguno - Reportado por la madre	0
		Cédula o Carné de Identidad	1
		Partida o Certificado de nacimiento	2
		Certificado de afiliación a algún seguro social	3
		Carnet de Salud Infantil	4
		CERTIFICADO DE ALTA DEL HOSPITAL	5
		Otro (especifique): _____	6
		No aplica	8

3	¿Qué peso tenía (NOMBRE) al nacer? NS.	9.999Kg	___lb	___
			___ Kg	___
	¿Documentado? Comentario: _____	Sí	1	
		No	0	
		No sabe	9	
		No aplica	8	

Si el niño se pesó entre 1 – 7 días después de nacer: Apunta el peso.

Si es > 7 días, o no hay ningún peso: Pon 9.999.

En ambos casos agregar comentario incluyendo día en que lo pesó.

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

SECCIÓN N°1: DATOS DEL NIÑO/A, Y SU HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

4	¿Qué edad tiene (NOMBRE)? Siempre corroborar con el uso del “Calendario local”	Meses cumplidos < 1 mes = 00	_ _	
5	Sexo del niño/a		Varón	1
			Mujer	2

6	Señora ¿(NOMBRE) recibió leche de pecho alguna vez?	Sí	1
		No (pase a la 8)	0
		No sabe	9

7	¿Cuánto tiempo después del nacimiento de (NOMBRE) le dio pecho por primera vez?	
	En la primera hora de vida	00
	Horas: <i>Registre sólo en las primeras 23 horas de vida (1 a 23 No debe ser &gt;23)</i>	__
	Cualquier respuesta mayor de 23 horas, o después del primer día	55
	No sabe	99
	No aplica	88

8	En los 3 primeros días después de nacido (NOMBRE) ¿Ud. le dio agüitas, otras leches, o algo de beber?		
	<i>Registre TODOS los alimentos y líquidos que son mencionados.</i>		
		No	0
		Agüitas con hierbas o agua sola	1
		Leche fresca de vaca o cabra	2
		Leche de lata, tarro o cajita (evaporada)	3
		Leche en polvo	4
		Fórmula infantil (NAN, Nido etc.)	5
		Otro (especifique) _____	6
		No Sabe	9
	No aplica	8	

*No lea la lista de las posibles respuestas. Sin embargo después de cada líquido mencionado pregunta ¿“algo más?”*

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N°1: DATOS DEL NIÑO/A, Y SU HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

Señora: Ahora quiero hacer algunas preguntas sobre lo que comió (NOMBRE) ayer.

9	¿Le dio pecho a (NOMBRE) ayer durante el día o en la noche?	Sí	1
		No	0
		No sabe	9
		No aplica	8

#### CONSUMO DE LÍQUIDOS

Nota: No hacer esta pregunta a quienes tienen indicado un Recordatorio de 24 horas.

Llenar este espacio luego, a partir de éste.

10. ¿Ayer durante el día o la noche (las últimas 24 horas), además del pecho, Usted le dio a (NOMBRE) alguno de los siguientes líquidos?

Pregunte por cada líquido (Leer las alternativas).

- Si se le dio el líquido: Encierre con un círculo "1 = Sí".
- Si no se le dio: Encierre en círculo "0 = No".
- Si no sabe: Encierre en círculo "9 = No sabe".

Tal como se indica: En las leches: Registre el número de veces. Si no es posible saber: Poner 99.

Subrayar lo que tomaron.

		ÚLTIMAS 24 HORAS			# veces
		1	0	9	
A	Vitaminas (incluye minerales), algún jarabe	1	0	9	
B	Suero oral	1	0	9	
C	Agua sola, agua con azúcar	1	0	9	
D	Preparaciones con harinas de cereales sin contenido de leche (avena, leche de soya, amaranto, quinua)	1	0	9	
E	Fórmula Infantil o leche en polvo para niños (Nan, Enfamil y otros)	1	0	9	___
F	Leche fresca de vaca o cabra	1	0	9	___
G	Leche Evaporada (tarro, caja y/o bolsa)	1	0	9	___
H	Leche en polvo (Pil, La Lechera, Pura Vida, Gloria y otros)	1	0	9	___
I	Yogurt	1	0	9	___
J	Algún jugo o refresco (naturales o procesados)	1	0	9	
K	Caldo (la parte líquida sin ningún sólido)	1	0	9	
L	Café (cebada, cacao, habas u otros) Té y/o mates (infusiones con hierbas)	1	0	9	

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

**CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS**

**SECCIÓN N°1: DATOS DEL NIÑO/A, Y SU HISTORIA DE ALIMENTACIÓN**

HACER ESTA PREGUNTA SOLO SI EL NIÑO O NIÑA ENCUESTADO ES MENOR DE 6 MESES Y EN LA ANTERIOR PREGUNTA RESPONDIO TODAS LAS OPCIONES “NO”

11	¿Su bebé ha recibido <b>ALGUNA VEZ</b> algún tipo de líquido además de leche materna? ¿QUE TOMÓ?	Ninguno	0
		Leche de cualquier tipo excepto LM	1
		Otro líquido _____	2
		No sabe	9
		No aplica	8

**SECCIÓN N° 2: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS MENORES DE 3 AÑOS.**

12. Pregunte a la madre o mujer responsable de cocinar para la familia, aclarando que estamos interesados específicamente en qué comió su hijo o hija menor de 3 años las últimas 24 horas.

Pregunte por todo lo que comió en la casa ayer, desde que se levantó hasta que durmió, preparaciones e ingredientes, registrando si lo comió o no lo comió.

Nota: No hacer este cuadro a quienes tienen recordatorio de 24 horas CUANTITATIVO.

Hora <b>24:00</b>	Nombre de la preparación	¿Lo comió o tomó? Sí / No	Ingredientes y/o alimento consumido	¿Lo comió o tomó? Sí / No	Consistencia Sólido/Semi – sólido/Espeso = <b>1</b> Líquido = <b>2</b>

Número TOTAL de comidas SÓLIDAS, SEMI-SÓLIDAS O ESPESAS: \_\_\_\_\_

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

SECCIÓN N° 2: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS MENORES DE 3 AÑOS.

(Hacer este cuadro en todos los casos) No = 0. Sí = 1.

A	Arroz, Pan, Galletas, Tallarines (incluye sopas instantáneas), Maíz o comidas hechas de Maíz, Avena, Cebada, u otras Comidas hechas de Granos.	0	1
B	Papa, Chuño, Yuca y Harinas de: papa, chuño u otros.	0	1
C	Zapallo, Zanahorias, Camote Amarillo (fuentes Vitamina A).	0	1
D	Frijoles, Lentejas, Soya, Tarwi/Chochos, Habas, Arveja (fresca o seca), Garbanzos.	0	1
E	Hojas verde oscuro (Espinaca, Acelga, Berros, Albahaca).	0	1
F	Mango, Papaya (Frutas fuentes de Vitamina A).	0	1
G	Cualquier otro tipo de Fruta (Ejemplo: Manzana, Plátano, Mandarina, Naranja, etc.) o Vegetal (Ejemplo: Cebolla, Tomate, Apio, etc.).	0	1
H	Hígado de Pollo, u otras Vísceras, Sangre de pollo u otro Animal.	0	1
I	Cualquier tipo de carne: Res, Cerdo, Pollo o Pato, Cuy, Alpaca/Llama, Conejo/vizcacha.	0	1
J	Pescado fresco o enlatados (atún, sardina u otros).	0	1
K	Huevos de gallina, codorniz, pato u otros.	0	1
L	Queso, Quesillo, Yogurt, Cuajada, Leche, Requesón u otros Productos Lácteos.	0	1
M	Aceite, Manteca, Mantequilla, Margarina, Mayonesa o comidas hechas con cualquiera de éstos.	0	1
N	Chocolates, Caramelos, Tortas u otros Alimentos o Comidas Azucaradas.	0	1



Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

SECCIÓN N° 2: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS MENORES DE 3 AÑOS.

13	<p>¿Ayer durante el día o la noche cuántas veces [NOMBRE] comió comidas sólidas (dar ejemplos) o espesas (que no sean líquidos)? Registrar el número de veces (A partir del Recordatorio de 24 horas CANTITATIVO / CUALITATIVO).</p> <p>Nota: No se debe tomar en cuenta las meriendas pequeñas como uno o dos bocados de la comida de la madre o de los hermanos.</p> <p>Si no comió = 00.</p>	Número de veces	—
		No aplica	88
14	<p>¿Ayer durante el día o la noche [NOMBRE] comió algún alimento con Chispitas Nutricionales? [muestra a la madre o informante los sobres de Chispitas disponibles en el contexto local] (Se pregunta a niños y niñas de 6 a 23 meses).</p>	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
15	<p>¿Ayer durante el día o en la noche, [NOMBRE] comió alimentos complementarios fortificados con hierro para niños? Papilla proveniente del centro de Salud Nutribebé, Cerelac, Nestum u otros. (Se pregunta a todos los niños y niñas)</p>	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
16	<p>¿Ayer en el día o en la noche, [NOMBRE] tomó algo en biberón? (Se pregunta a todos los niños y niñas).</p>	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
17	<p>¿Ayer en el día o en la noche, [NOMBRE] tomó sulfato ferroso? (Se pregunta a todos los niños y niñas de 24 a 36 meses).</p>	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N° 3: ALIMENTACIÓN INTERACTIVA (SÓLO PARA NIÑOS DE 6 – 23 MESES)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el almuerzo de (Nombre del Niño) ayer.

Las preguntas de la 18 a la 27 se realizarán a la persona que estuvo presente cuando almorzó el niño o niña.

Si esto no es posible para el almuerzo: Pregunte por el desayuno (o cena).

De lo contrario: Pasar a la pregunta 27.

SÓLO a la persona quien estuvo PRESENTE cuando almorzó (desayunó o cenó).

No hacer estas preguntas cuando un niño menor de 12 años da de comer en ausencia de adulto.

18	¿Quién le dio el almuerzo, desayuno o cena a ( <i>NOMBRE</i> ) el día de ayer? Si el niño desayuna y almuerza en guarderías infantiles y/o centros PAN, preguntar a la madre sobre la cena o alguna comida principal.	Madre	1
		Padre	2
		Abuela	3
		Hermano(a)	4
		Otro (Especifique): _____	5
		No sabe	9
		No aplica	8
19	¿Durante el almuerzo de ayer, ( <i>NOMBRE</i> ) comió por sí mismo en <u>algún momento</u> ? (Por sí mismo significa que él(la) lleva la comida a su boca solo, con sus dedos o con la cuchara)	Sí	1
		No (pase a la 21)	0
		No sabe (pase a la 21)	9
		No aplica (pase a la 21)	8
20	¿En el almuerzo de ayer ( <i>NOMBRE</i> ) comió por sí mismo todo el tiempo, la mitad del tiempo o poco tiempo?	Todo el tiempo	1
		La mitad del tiempo	2
		Poco tiempo	3
		No sabe	9
		No aplica	8
21	Ayer mientras ( <i>NOMBRE</i> ) comía el almuerzo, ¿estaba alguien más <u>comiendo con (<i>NOMBRE</i>)</u> , incluyendo a usted? ( <i>Marcar más de una alternativa, si corresponde</i> )	Nadie, (comió solo)	1
		Madre	2
		Padre	3
		Otros niños	4
		Otros adultos	5
		No sabe	9
		No aplica	8
22	Ayer mientras le daba el almuerzo, ¿usted le habló algo a su niño?	Sí	1
		No (pase a la 24)	0
		No sabe (pase a la 24)	9
		No aplica (pase a la 24)	8



Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

SECCIÓN N° 3: ALIMENTACIÓN INTERACTIVA (SÓLO PARA NIÑOS DE 6 – 23 MESES)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre el almuerzo de (Nombre del Niño) ayer.

Las preguntas de la 18 a la 27 se realizarán a la persona que estuvo presente cuando almorzó el niño o niña.

Si esto no es posible para el almuerzo: Pregunte por el desayuno (o cena).

De lo contrario: Pasar a la pregunta 27.

SÓLO a la persona quien estuvo PRESENTE cuando almorzó (desayunó o cenó).

No hacer estas preguntas cuando un niño menor de 12 años da de comer en ausencia de adulto.

26	¿Y en el almuerzo de ayer, (NOMBRE) en algún momento rechazó la comida?	Sí	1
		No (pase a la 28)	0
		No aplica	88
		No sabe (pase a la 28)	99
27	¿Qué hizo Usted cuando sucedió esto? Escriba lo que la madre hizo: _____ _____ _____ _____ (Después de obtener la respuesta CODIFICAR puedes usar más de un código si es necesario)	Ofreció otro alimento o líquido	1
		Anima verbalmente	2
		Juega con o sin juguete/modelar comer	3
		Ordena fuertemente /forzar	4
		Le da de comer	5
		Otra persona ayuda a darle de comer	6
		Otro Especifique	7
		No sabe	9
No aplica	8		

SECCIÓN N° 4: SALUD DEL NIÑO

Ahora vamos a hablar sobre la salud de su niño/a

28	¿Ha tenido [NOMBRE] diarrea en las últimas dos semanas? (Si dice que sí, indagar sobre cuántas veces hizo deposición líquida en el peor día. Se registrará "SI" cuando durante los últimos 15 días el niño haya tenido tres o más deposiciones líquidas en un mismo día)	Sí	1
		No (pase a la 35)	0
		No sabe (pase a la 35)	9

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N° 4: SALUD DEL NIÑO

Pregunte sólo a las madres de niños que lactan

Nota: SI EL NIÑO YA NO LACTA: PASE A LA PREGUNTA 30.

29	¿Le dio pecho a [NOMBRE] durante la diarrea? Profundizar en igual/menos o mayor. (Leer las alternativas)	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal porque él (ella) no quiso tomar	2
		Sí, más de lo normal	3
		Sí, menos por decisión de la madre u otro	4
		No sabe	9
		No aplica	8

Pregunte sólo a las madres de niños que empezaron a comer (niños a partir de 6 meses):

30	¿Le dio comida a [NOMBRE] durante la diarrea? Profundizar en igual/menos o mayor Solo si la madre contesta que le dio menos de lo normal pase al siguiente. (Leer las alternativas).	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal porque él (ella) no quiso comer	2
		Sí, más de lo normal	3
		Sí, menos por decisión de la madre u otro	4
		No sabe (pase a la 32)	9
		No aplica (pase a la 32)	8
31	¿Qué alimentos que normalmente le da a (NOMBRE) le ha quitado durante la diarrea? (Indagar: “¿Algo más?”) Escriba respuesta: _____ _____ _____	Leche, alimentos con leche	1
		Menestras y/o leguminosas	2
		Frutas	3
		Otros (especifique): _____	4
		Ningún alimento en específico	5
		No sabe	9
		No aplica	8
32	¿Le dio igual, más, o menos cantidad de líquidos a (NOMBRE) durante la diarrea? (dar ejemplos de líquidos según lo que toma el niño)	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal (pase a la 33)	2
		Sí, más de lo normal	3
		No sabe	9
No aplica	8		
33	Si le dio menos líquido, ¿qué líquido fue? Pregunte “¿Algo más?”	Leche (cualquier tipo)	1
		Otro (especifique): _____	2
		No aplica	8

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N° 4: SALUD DEL NIÑO

Pregunte sólo a las madres de niños que empezaron a comer (niños a partir de 6 meses):

34	¿Le dio suero oral, salvadora, solución de rehidratación a [NOMBRE]?	Ninguno	0
		SRO (De salud   Farmacia – paquete   botella)	1
		Panetela o preparación casera (No SRO)	2
		No aplica	8
35	¿Ha tenido (NOMBRE) tos en las últimas dos semanas?	Sí	1
		No (pase a la 40)	0
		No sabe (pase a la 40)	9
36	Cuándo (NOMBRE) estuvo enfermo(a) con tos, ¿respiraba más rápido que de costumbre, estaba agitado (a) o tenía dificultad para respirar?	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
37	<p>PREGUNTAR SÓLO A MADRES QUE DAN DE LACTAR</p> <p>¿Le dio pecho a (NOMBRE) cuando estuvo con tos o resfrío? Profundizar si es normal, menos, o más.</p> <p>Indagar, no dar la respuesta: “¿Por qué dio menos?”.</p> <p>Leer las alternativas y preguntar “¿Por qué consumió menos de lo normal?”, si se diera el caso.</p>	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal porque él o ella no quiso tomar	2
		Sí, menos de lo normal por decisión de la madre	3
		Sí, más de lo normal	4
		No sabe	9
		No aplica	8
38	<p>Preguntar sólo a los niños que empezaron a comer</p> <p>¿Le dio comida a (NOMBRE) cuando estuvo con tos o resfrío? Profundizar si es normal, menos, o más.</p> <p>Indagar, no dar la respuesta: “¿Por qué dio menos?”.</p> <p>Leer las alternativas y preguntar “¿Por qué consumió menos de lo normal?”, si se diera el caso.</p>	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal porque él o ella no quiso comer	2
		Sí, menos de lo normal por decisión de la madre	3
		Sí, más de lo normal	4
		No sabe	9
		No aplica	8
39	<p>¿Le dio líquidos a [NOMBRE] cuando estuvo con tos o resfrío? Profundizar si es normal, menos, o más.</p> <p>Leer las alternativas.</p>	No	0
		Sí, lo normal	1
		Sí, menos de lo normal	2
		Sí, más de lo normal	3
		No sabe	9
		No aplica	8

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N° 4: SALUD DEL NIÑO

Pregunte sólo a las madres de niños que empezaron a comer (niños a partir de 6 meses):

40	¿Ha llevado a [NOMBRE] a sus controles de peso y talla?	Sí	1
		No (pase a la 43)	0
		No sabe (pase a la 43)	9
41	¿Cuántos controles de peso y talla ha tenido (NOMBRE)? (el número de controles desde que nació)	# veces	—
		No sabe	99
		No aplica	88
42	(Solicite la tarjeta y verifique el control de crecimiento) verificar instructivo en caso de no contar con la tarjeta) Apunte el número de visitas de controles en la tarjeta del control de crecimiento.	# veces	—
		No tiene	00
		No aplica	88

#### SECCIÓN N° 5: ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO/A MENOR DE 2 AÑOS

43. Fecha de Antropometría:      \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

		Madre + Niño			Madre Sola			Niño Solo			MEDIDA CORRECTA		
				.			.			.			.
44	<b>Peso</b> (en kilogramos)			.			.			.			.
45	<b>Longitud (talla)</b> (en centímetros)									.			.

Pesar y tallar el niño.

Al niño: Medir la longitud echado.

Reajustar su posición y tomar una segunda medida.

Si los dos son parecidas (diferencia entre 0.4 cm): Aceptar el primero.

Si son diferentes: Repetir una tercera vez (o más) para ver cuál es la medida correcta.

Si tiene dos determinaciones que son similares (entre 0.4 cm): Aceptar la primera.

#### VERIFICACIÓN DEL PESO Y TALLA

Verifique si el peso y la talla del niño(a) están dentro del rango de acuerdo al presente cuadro.

Si alguna de las medidas está fuera del rango: Se debe volver a medir con la presencia del supervisor.

Si el peso o talla continúan fuera del rango después de hacer la verificación: Anote el peso o talla obtenidos e informe a su Supervisor (a).

Anexo 2. Cuestionario del niño/niña sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DEL NIÑO/A MENOR DE 3 AÑOS

#### SECCIÓN N° 5: ANTROPOMETRÍA DEL NIÑO/A MENOR DE 2 AÑOS

Antes de realizar las mediciones antropométricas: Asegúrese de que el niño(a) sea menor de 24 meses.

Si no es así: Pregunte por cualquier otro niño en la casa que pudiera ser menor de 24 meses y entreviste a la persona que cuida a ese niño.

Si no hay otros niños menores de 24 meses: Dé la gracias a y diríjase al siguiente hogar seleccionado.

VARONES				
Edad (meses)	Talla		Peso	
	Mín	Máx	Mín	Máx
00-02	36	74	0.5	10.0
03-05	45	83	1.0	13.0
06-08	51	87	2.0	15.0
09-11	56	91	3.0	16.5
12-14	59	96	4.0	17.5
15-17	62	100	4.0	18.5
18-20	64	104	4.0	19.5
21-23	65	107	4.5	20.5

MUJERES				
Edad (meses)	Talla		Peso	
	Mín	Máx	Mín	Máx
00-02	36	72	0.5	9.0
03-05	44	80	1.0	12.0
06-08	50	86	2.0	14.0
09-11	54	90	2.5	15.5
12-14	57	95	3.0	16.5
15-17	60	99	3.5	17.5
18-20	62	102	3.5	18.5
21-23	64	106	4.0	19.5

Nombre de la supervisora que revisa el formato:

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

Hora: \_\_:\_\_\_AM/PM



Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos.

CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA



Encuestador	Nombre / segundo nombre / apellido paterno / segundo materno	Código

En el caso que sea la madre del mismo niño encuestado: Sólo llenar el nombre del niño en esta hoja.

Miembro del hogar	Nombre / segundo nombre / apellido paterno / segundo materno	Edad (año/mes)	Relación con el niño (a)	Parentesco con jefe del hogar
Niño (a) < 3 años				
Madre				
Cuidadora principal				
Jefe del hogar				1

**¿Qué relación con el jefe (a) del hogar tiene la persona?**

1= JEFE(A) DEL HOGAR;                      7= ABUELO/ABUELA;

2= ESPOSA/ESPOSO                        8= HERMANO/HERMANA

3= HIJO/HIJA;                                9= TÍO/TÍA

4= SUEGRO/SUEGRA                       10= OTRA PERSONA NO PARIENTE

5= PADRE/MADRE;                         11= OTRO

6= NIETO/NIETA

Código CIP						
	Provincia	Cantón	Parroquia	Comunidad	Nº hogar	Nº encuestador

SECCIÓN N° 1: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LA MADRE.

Preguntar a la madre o mujer responsable que cocina para la familia, enfatizando que estamos interesados en el consumo que tuvo ELLA las últimas 24 Horas.

Preguntar por todo lo que comió ayer en la casa, desde que se levantó hasta que durmió, preparaciones e ingredientes, apunta en el primer cuadro, y luego marcar los grupos y número de comidas.

Tomar en cuenta las preparaciones familiares mencionadas en el Recordatorio CUANTITATIVO del niño menor de 3 años en los casos que corresponda.

Hora	Nombre de la preparación y sus ingredientes y/o Alimento consumido

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N° 1: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LA MADRE.

Estos datos se obtienen del Recordatorio de 24 horas cualitativo. Clave: No = 0 | Sí = 1

A	Arroz, Pan, Galletas, Tallarines (incluye sopas instantáneas), Maíz o comidas hechas de Maíz, Avena, Cebada, u otras Comidas hechas de Granos.	0	1
B	Papa, Chuño, Yuca y Harinas de: papa, chuño u otros.	0	1
C	Zapallo, Zanahorias, Camote Amarillo (fuentes Vitamina A).	0	1
D	Frijoles, Lentejas, Soya, Tarwi/Chocos, Habas, Arveja (fresca o seca), Garbanzos.	0	1
E	Hojas verde oscuro (Espinaca, Acelga, Berros, Albahaca).	0	1
F	Mango, Papaya (Frutas fuentes de Vitamina A).	0	1
G	Cualquier otro tipo de Fruta (Ejemplo: Manzana, Plátano, Mandarina, Naranja, etc.) o Vegetal (Ejemplo: Cebolla, Tomate, Apio, etc.).	0	1
H	Hígado de Pollo, u otras Vísceras, Sangre de pollo u otro Animal.	0	1
I	Cualquier tipo de carne: Res, Cerdo, Pollo o Pato, Cuy, Alpaca/Llama, conejo/vizcacha.	0	1
J	Pescado fresco o enlatados (atún, sardina u otros).	0	1
K	Huevos de gallina, codorniz, pato u otros.	0	1
L	Queso, Quesillo, Yogurt, Cuajada, Leche, Requesón u otros Productos Lácteos.	0	1
M	Aceite, Manteca, Mantequilla, Margarina, Mayonesa o comidas hechas con cualquiera de éstos.	0	1
N	Chocolates, Caramelos, Tortas u otros Alimentos o Comidas Azucaradas.	0	1

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

SECCIÓN N° 1: CONSUMO DE ALIMENTOS DE LA MADRE.

2	¿Ayer durante el día o en la noche, USTED comió alimentos fortificados con hierro? Lácteos, fideos, pan, etc. (Indagar si el pan fue preparado con harina comprada [fortificada] o harina casera [SIN fortificar]).	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8

SECCIÓN N°2: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

3. Dígame: “Señora: A continuación le leo una serie de alimentos. Por favor, indique si Usted ha consumido dichos alimentos en la última semana, o último mes, y cuántas veces.”

Alimentos	Códigos de alimentos o grupo	Consumió el alimento		Alimentos provienen de: Propio=1 Mercado, tienda, feria=2 Donación=3 Trueque=4 Regalo=5 Otros=6 (detallar)	Peso consumido al día (en gramos)
		N° veces en la última semana	N° veces en el último mes		
3.1 Papa					
3.2 Papa					
3.3 Papa					
3.4 Papa					
3.5 Papa					
3.6 Papa					
3.7 Papa					
3.8 Papa					
3.9 Papa					
3.10 Papa					

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

SECCIÓN N°2: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

3.11 Fideos	-----				-----
3.12 Menestras (habas, frijoles, tarwi/chochos y otros)	-----				-----
3.13 Cuy (_____)	-----				-----
3.14 Pollo, pavo y otras aves	-----				-----
3.15 Pescado fresco o enlatado	-----				-----
3.16 Huevos	-----				-----
3.17 Carnes (Res, cerdo, cordero, llama y otras carnes rojas)	-----				-----
3.18 Leche	-----				-----
3.19 Queso	-----				-----
3.20 Hígado	-----				-----
3.21 Sangre de animal	-----				-----
3.22 hojas verdes (Acelgas, espinacas, berro, atajo y otros)	-----				-----
3.23 Zanahoria, zapallo	-----				-----
3.24 Mango, papaya	-----				-----
3.25 Frutas(_____)	-----				-----
<b>Pregunta</b>	<b>Medida Casera</b>				<b>Peso (g)</b>
3.26 ¿Cuanta papa usted consume al día?					-----
3.27 ¿Cuánta papa nativa consume al día?					-----
3.28 ¿Cuánta papa blanca / mejorada consume al día?					-----

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N°3: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN

4. Dígale a la madre o informante. “Señora: A continuación le realizaré algunas preguntas sobre la alimentación del niño. Por favor: Responda de acuerdo a lo que sabe, no necesariamente a lo que realiza.”

N°	Preguntas para la madre		Código
4.1	Después que un bebé nace, ¿Cuándo es el mejor momento para ofrecer pecho al bebé?	Apenas nace, los primeros minutos o antes de la primera hora de vida,	1
		A unas horas después de nacer	2
		Al día siguiente del nacimiento del bebé	3
		No sabe	9
		No aplica	8
4.2	¿A qué edad debe empezar a comer un niño y/o niña? (en meses)	Si no sabe, entonces colocar 99	—
4.3	Sra. por favor me puede decir ¿qué alimentos son buenos para un bebé de 7 u 8 meses de edad? (Chequear con supervisora los alimentos no ricos en micronutrientes, como por ejemplo. arroz, trigo)	Carnes, pescado, pollo, vísceras	1
		Huevos	2
		Leche, lácteos	3
		Frutas	4
		Verduras	5
		Otras comidas no ricas en micronutrientes	6
		No sabe	9
No aplica	8		
4.4	¿Cuántas veces debería comer un bebé de 9 meses en el día? Comidas diferentes a la leche materna (no sabe=99)		—
4.5	¿Qué será bueno dar a un niño para que no le dé anemia? Indagar si al hablar de vitaminas se trata del sulfato ferroso.	Sulfato ferroso	1
		Vitaminas	2
		Chispitas	3
		Carnes, vísceras	4
		Otro _____	5
		No sabe	9
No aplica	8		
4.6	¿Usted sabe qué beneficios tienen las papas nativas?	Ricas en minerales y vitaminas	1
		Pobres en minerales y vitaminas	2
		Otro _____	3
		No sabe	9
		No aplica	8

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N°3: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN

4. Dígale a la madre o informante. “Señora: A continuación le realizaré algunas preguntas sobre la alimentación del niño. Por favor: Responda de acuerdo a lo que sabe, no necesariamente a lo que realiza.”

4.7	¿Cuántas veces por semana le parecería bueno que un niño y/o niña coma carnes como cuy, pollo, gallina, cordero, chanco, o vísceras rojo-oscuro?	Sí, a diario (5 a 7)	1
		Sí, 2 a 4 veces por semana	2
		Sí, una vez por semana	3
		Sí, cada mes	4
		Sólo en festividades	5
		No sabe	9
4.8	¿Qué beneficios le da comer verduras/hortalizas?	Sí, contienen vitaminas y minerales	1
		No da beneficios comer verduras/hortalizas	2
		Otro _____	3
		No sabe	9
4.9	¿Qué beneficios le da comer frutas?	Sí, contienen vitaminas	1
		No da beneficios comer frutas	2
		Otro _____	3
		No sabe	9

#### SECCIÓN N°4: VIGILANCIA COMUNAL Y EMPODERAMIENTO DE LA MADRE

En el caso de esta sección sólo se aplica a la mujer permanentemente encargada del niño.

En otros casos: Llenar sólo con “8” (cuando es de un dígito) u “88” (cuando es de dos dígitos).

5	¿En esta comunidad se realizan reuniones para el control de peso, talla o estimulación temprana de los niños? (aparte de los que realiza el centro de salud)	No (pase a la 8)	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
6	Si se realizan estas reuniones en su comunidad ¿Ud. y su niño participan en ellas?	No	0
		Sí	1
		No aplica	8
7	¿Usted participa como promotora / madre guía en esta actividad?	No	0
		Sí	1
		No aplica	8
8	¿Usted participa actualmente en una organización, grupo o asociación formal e informal en su comunidad o distrito? (Ejemplos: grupo de madres, asociaciones de padres de familia de las escuelas, grupo religioso, asociación de riego de agua y otros similares)	No	0
		Sí (pase a la 10)	1

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

SECCIÓN N°4: VIGILANCIA COMUNAL Y EMPODERAMIENTO DE LA MADRE

9	¿Por qué no participa en estas organizaciones? (LUEGO DE RESPONDER ESTA PREGUNTA, <u>PASE A LA PREGUNTA 13</u> )	No hay	1
		No tiene tiempo	2
		Esposo no quiere	3
		No tengo con quien dejar a mi niño	4
		No lo necesito	5
		Otros (especifique) _____	6
		No sabe	9
		No aplica	8
10	¿De qué grupo u organización participa (Cuál)? (Leer las alternativas) ¿Algún otro? Colocar más de una alternativa	Programa del Municipio	01
		Promotores de salud	02
		Comedor Popular	03
		Club de madres	04
		Otra asociación/grupo de madres	05
		Asociación de regantes	06
		Otro grupo agrario	07
		Cooperativa de crédito	08
		Promotor de BONO SOLIDARIO	09
		Comité de educación (APAFA)	10
		Grupos religiosos	11
		Otro (especifique): _____	12
		No sabe	99
No aplica	88		
11	¿Usted tiene algún cargo en estas organizaciones?	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
		No aplica	8
12	¿Quién decidió si usted podría participar en estas organizaciones?	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Ambos esposos	3
		Otros familiares (especifique)	4
		Otros _____	5
		No sabe	9
No aplica	8		

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

SECCIÓN N°4: VIGILANCIA COMUNAL Y EMPODERAMIENTO DE LA MADRE

13	Si su niño está enfermo, ¿Quién decide donde llevarlo para que reciba tratamiento? (No aplica = 8)	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares(especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
14	Si usted tiene, o tendría, algún ingreso por un trabajo o venta, ¿Quién decide cómo se va usar este dinero? (No aplica = 8)	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares (especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
15	En su hogar, ¿Quién decide sobre las compras para las necesidades diarias del hogar? (No aplica = 8)	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares (especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
16	En su hogar, ¿Quién decide sobre las compras grandes del hogar? (No aplica = 8)	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares (especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
17	¿Quién decide que comidas se debe cocinar cada día? (No aplica = 8)	La madre	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares (especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
18	¿Usted es beneficiaria del Bono Solidario? (No aplica = 8)	No (pase a la 20)	0
		Sí	1
19	¿Quién decide en qué gastar el dinero del Bono Solidario?	La madre sola	1
		Su esposo/padre otro varón	2
		Otros familiares (especifique)	3
		Ambos esposos	4
		No sabe	9
	No aplica	8	



Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N°4: VIGILANCIA COMUNAL Y EMPODERAMIENTO DE LA MADRE

20	¿Usted, o su hijo/a, está afiliado al Seguro Social Campesino? (No aplica = 8)	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
21	¿Hay agentes comunitarios de salud o promotor/a de salud en su comunidad? (No aplica = 8)	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
22	¿Recibe visitas domiciliarias (en su hogar) del Agente comunitario de salud o promotor/a de salud? (No aplica = 8)	No	0
		Sí	1
		No sabe	9
23	¿Recibe visitas domiciliarias (en su hogar) de personal de salud? (No aplica = 8)	No	0
		Sí	1
		No sabe	9

#### SECCIÓN N°5: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

Dígale a la madre: “Señora: Para finalizar la encuesta, le solicito me responda de acuerdo a cómo se ha sentido con relación a la alimentación. En esta parte de la encuesta estamos interesados en saber cómo siente Usted que ha sido su alimentación. A continuación le realizo las preguntas correspondientes.”

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre los alimentos que ustedes consumen en casa.

24	<b>¿Cuál de las siguientes alternativas describe mejor respecto a los alimentos en su casa, en los últimos 12 meses?</b> <b>LEA LAS ALTERNATIVAS:</b>	Siempre comen lo suficiente y los alimentos que quieren	1
		Comen lo suficiente pero no siempre lo que quieren	2
		A veces no comen lo suficiente	3
		Frecuentemente no comen lo suficiente	4
		No sabe	9

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N°5: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

##### PARTE A: ESCALA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Ahora le voy a hacer algunas preguntas referidas a situaciones que podrían haberse presentado en su hogar en los **últimos 12 meses** por falta de dinero u otros factores que han limitado el acceso a alimentos.

Usted me debe contestar **SI** o **NO**.

Si responde “NO” a las primeras 4 preguntas: Dé por finalizada la sección.

Durante los últimos 12 meses:

<b>Preguntas para la madre</b>		Sí=1   No=0,	
25	Por falta de dinero u otros factores (falta de alimentos, pérdidas en la producción, escasez en los mercados, sequías, inundaciones, falta de agua), ¿alguna vez usted se preocupó que en su hogar se quedaran sin alimentos?	0	1
26	Por falta de dinero u otros factores, ¿realmente alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?	0	1
<b>REFERIDO A ADULTOS DE 18 AÑOS O MÁS</b>			
27	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva y saludable?	0	1
28	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar tuvo una alimentación con poca variedad de alimentos? (VARIEDAD DE ALIMENTOS, significa que son diferentes alimentos)	0	1
29	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	0	1
30	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado a comer?	0	1
31	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar sintió hambre pero no comió?	0	1
32	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió solo una vez o dejó de comer todo el día?	0	1
<b>REFERIDO A NIÑOS Y JOVENES DE 0 A 17 AÑOS</b>			
33	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva y saludable?	0	1
34	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar tuvo una alimentación con poca variedad de alimentos?	0	1
35	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado a comer?	0	1
36	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar tuvo que disminuir la cantidad servida de alimentos en cada comida?	0	1
37	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar sintió hambre pero no comió?	0	1
38	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar se acostó con hambre?	0	1
39	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 17 años de su hogar comió solo una vez o dejó de comer todo el día?	0	1

Anexo 3. Cuestionario de la madre/cuidadora principal sobre los datos nutricionales y el consumo de alimentos (Continuación).

### CUESTIONARIO DE LA MADRE o CUIDADORA

#### SECCIÓN N°5: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA

##### PARTE A: ESCALA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

REFERIDO A LOS NIÑOS de 0 A 5 AÑOS			
40	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva y saludable?	0	1
41	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar tuvo una alimentación con poca variedad de alimentos?	0	1
42	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	0	1
43	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado a comer?	0	1
44	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar tuvo que disminuir la cantidad servida de alimentos en cada comida?	0	1
45	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar sintió hambre pero no comió?	0	1
46	Por falta de dinero u otros factores, ¿alguna vez algún menor de 5 años de su hogar comió solo una vez o dejó de comer todo el día?	0	1

Score de inseguridad alimentaria: \_\_\_\_\_

Notas:

**Dieta saludable y nutritiva:** Es cuando se comen diferentes tipos de alimentos, principalmente frutas, verduras, lácteos y huevo. También importa el número de comidas que consume durante el día. Deben ser 3 comidas principales, por lo menos.

**Otros factores:** Se refiere a otros factores por los cuales el hogar se ha visto limitado en su acceso a alimentos, entre los cuales podemos mencionar: disponibilidad de alimentos almacenados, alimentos para el autoconsumo, pérdidas en la producción, falta de alimentos en los mercados, desastres naturales como inundaciones y sequías, heladas, falta de transporte, falta de agua, robo de ganado, y enfermedades de las plantas (como la racha).

SECCIÓN N°6: EDUCACIÓN DE LA MADRE. Llenar para todas las madres:

47	Educación del informante: ¿Hasta qué grado estudió? <i>Secundaria completa o incompleta = secundaria, etc.</i>	Sin instrucción	1
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	3
		Secundaria incompleta	4
		Secundaria completa	5
		Superior	6

¡Señora, muchas gracias por su tiempo!

	Día	Mes	Año	Hora (formato 24h)
Fecha				__ __ : __ __

Anexo 4. Formulario de registro del consumo individual de alimentos del niño.

**CONSUMO INDIVIDUAL DE ALIMENTOS - NIÑO**

**Nombre Encuestador** \_\_\_\_\_             **Código Institución niño**

**Nombre:** \_\_\_\_\_      **Código CIP**

**Infante** (madre=1, abuelo=2, hermano) menor de edad-1, familiar adulto=4, menor de edad=5, vecino=6, otro=??     

**Provincia** \_\_\_\_\_             **Catón** \_\_\_\_\_     

**Parroquia** \_\_\_\_\_     

**Comunidad** \_\_\_\_\_     

**Fecha de encuesta**

**Fecha de nacimiento**

**Sexo** (1= masculino, 2= femenino)     

**Nº de página**       =

CÓDIGOS DE FORMA DE PRESENTACION			
1. Agua Purificada	9. Refrigerios	17. Puré/Papilla espesa espesa	25. Frutas, verduras asadas/horneadas, etc.
2. Agua con sodio/cap	10. Salsas	18. Puré/Papilla diluida con leche	26. Pan/galleta/torta/bizcocho/coban
3. Enfundado con sodio/cap	11. Sueros	19. Puré/Papilla diluida con leche	27. Dulces, caramelos, helados/cremas
4. Enfundado con azúcar	12. Cebada	20. Alimentos cocidos aptados	28. Cereales/pan/galletas/cremas
5. Leche, yogurt	13. Sopa	21. Alimentos cocidos enferos (papas, carne, huevo, leche)	29. Entradas (harina, carne)
6. Cereales/sopa con leche	14. Sopa espesa	22. Cereales cocidos (arroz, trigo, fideos, maíz incluido, sorgo)	30. Leche Azúcar
7. Cereales/sopa sin leche	15. Sopa crema	23. Dulces (arteñado/leguminosas/verduras/harina)	31. Otros espesificos
8. Jugo, Frita o verduras	16. Puré/Papilla espesa espesa	24. Frutas (asadas/corn/huevo/pollo/papa/cacahu)	

Año	Mes	Dia	Hora	Estado	Alimento		Perodo/Alimento Servedo		Distribucion Perodo/Alimento	
					Medida	Estado	Medida	Peso (g)	Medida	Peso (g)

Observaciones: \_\_\_\_\_

Anexo 5. Formulario de registro de la preparación de recetas.

**PREPARACIÓN DE RECETA**

Nombre de Encuestadora: \_\_\_\_\_

Receta: \_\_\_\_\_

Código de preparación:

Lugar de preparación:

01 Casa	03 Vendedor	05 Pension/Restaurante
02 Comercio Popular	04 Mercado/Comunista	77 Otro, especificar
99 No información		

Código Institución año:

Código CEP:

Fecha de encuesta:

N° de página:  =

N° orden	Alimento	Código de alimento	Medida Casera	Peso Neto (g)	Peso Bruto (g)

Total Receta Cocida (g):

Oferta receta:

Oferta receta:

Total de Raciones (N°):

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 6. Cronograma de capacitación de los técnicos de campo (léase también encuestadores).

Día	Temas de capacitación
Primer Encuentro	Socialización de la línea de base nutricional. Revisión de objetivos, metodología, muestreo, identificación de socios dentro del proyecto y sitios donde se van a realizar las encuestas nutricionales.
Segundo Encuentro	Cuestionario de niños y niñas menores de 3 años Sección 1: Datos del niño/a y su historia en la alimentación Sección 2: Consumo de alimentos de los niños menores de 3 años Sección 3: Alimentación interactiva (solo para niños de 6-23 meses) Sección 4: Salud del niño Sección 5: Antropometría del niño menor de 2 años Ejercicios de aplicación
Tercer Encuentro	Cuestionario de la madre o cuidadora Sección 1: Consumo de alimentos de la madre Sección 2: Frecuencia de consumo de alimentos Sección 3: Cuestionario de conocimientos de nutrición Sección 4: Vigilancia comunal y empoderamiento de la madre Sección 5: Escala de inseguridad alimentaria Sección 6: Educación de la madre Ejercicios de aplicación
Cuarto Encuentro	Consumo de alimentos del niño menor de 3 años Datos generales de la encuesta Códigos de tiempos de comida y formas de presentación de los alimentos Códigos de alimentos Ejercicios de aplicación
Quinto Encuentro	Consumo de alimentos del niño menor de 3 años Preparaciones por recetas Estandarización de instrumentos para el pesado de alimentos y antropometría Ejercicios de aplicación
Sexto Encuentro	Realización del piloto en la comunidad de Gualiñag del cantón Guamote, perteneciente a la provincia de Chimborazo. Análisis de experiencias y aclaración de dudas.

Anexo 7. Formulario para el registro del Consentimiento escrito para la madre o cuidadora principal.

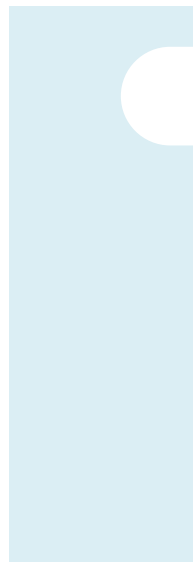
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO .....CON  
C.I.....CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL  
OBJEIVO Y PROPOSITO DEL ESTUDIO ISSANDES (EN CONVENIO CON VISIÓN  
MUNDIAL Y ESTRATEGIA ACCIÓN NUTRICIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD  
PÚBLICA) Y DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE LOS DATOS  
RESPECTO A MI CONDICION GENERAL Y ESTADO DE SALUD SEAN UTILIZADOS  
CON FINES DE INVESTIGACION CIENTIFICA Y SE MANTENGA LA DEBIDA  
CONFIDENCIALIDAD SOBRE LOS MISMOS.

NOMBRE PADRE O MADRE.....  
INVESTIGADOR.....

Testigo (si hay)..... Fecha.  
.....

Anexo 8. Tarjeta de evaluación antropométrica de niños menores de 2 años.



**EVALUACIÓN NUTRICIONAL**

**NOMBRE:**

**FECHA**  /  /  **FECHA**  /  /

**PESO:**  kg **TALLA:**  cm

**DIAGNÓSTICO:**