**| TABLA DE CONTENIDO**

[SECCIÓN 0: CUESTIONARIO FILTRO PARA ENCUESTA PRINCIPAL Y CONSENTIMIENTO 2](#_Toc122094235)

[SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Encuesta 2a y 2b) 3](#_Toc122094236)

[SECCIÓN 2: MIEMBROS DEL HOGAR (Encuesta 2a y 2b) (sólo una respuesta posible para cada característica del miembro de familia) 4](#_Toc122094237)

[SECCIÓN 3: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA (para ser administrada a la madre o cuidadora principal) 6](#_Toc122094238)

[Parte A. Información General 6](#_Toc122094239)

[Parte B: Condiciones de la vivienda 8](#_Toc122094240)

[Part C: Pertenencias 9](#_Toc122094241)

[Parte D. Suministro de Agua 11](#_Toc122094242)

[Parte E. Saneamiento 12](#_Toc122094243)

[Parte F. Posesión de animales/huerto familiar 12](#_Toc122094244)

[SECCIÓN 4: SALUD INFANTIL Y PRÀCTICAS DE ALIMENTACIÓN 13](#_Toc122094245)

[Parte A. Información del nacimiento 13](#_Toc122094246)

[Parte B. Salud Infantil (0-23 meses) 13](#_Toc122094247)

[Parte C. Alimentación al nacer 16](#_Toc122094248)

[Parte D. Introducción de alimentos /alimentación complementaria (0-23 meses) 16](#_Toc122094249)

[Parte E1. Prácticas de alimentación infantil (0-23 meses) 18](#_Toc122094253)

[Parte E2. Recordatorio de 24 horas niño/a 20](#_Toc122094254)

[Parte E3. Aplicar la encuesta de frecuencia de consumo para el niño (Encuesta 2a, 2b) 22](#_Toc122094255)

[SECCIÓN 5: NUTRICIÓN MATERNA 23](#_Toc122094256)

[Parte A. Recordatorio de 24h madre y Frecuencia de consumo de alimentos (Encuesta 2a y 2b) 23](#_Toc122094257)

[Parte B. Suplementos nutricionales y percepciones sobre el cambio de peso 24](#_Toc122094258)

[SECCIÓN 6: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR 26](#_Toc122094259)

[SECCIÓN 7: SALUD MENTAL DE LA MADRE 28](#_Toc122094260)

[SECCIÓN 8: RECORDATORIO DE LA DIETA DEL NIÑO EN 24 HORAS: A RELLENAR SÓLO POR LOS SUPERVISORES DE CAMPO (UNA VEZ FINALIZADA LA RECOGIDA DE DATOS) 29](#_Toc122094261)

[SECCIÓN 9: RECORDATORIO DE LA DIETA MATERNA DE 24 HORAS: A RELLENAR SÓLO POR LOS SUPERVISORES DE CAMPO (UNA VEZ FINALIZADA LA RECOGIDA DE DATOS) 32](#_Toc122094262)

# SECCIÓN 0: CUESTIONARIO FILTRO PARA ENCUESTA PRINCIPAL Y CONSENTIMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Preguntas*** | ***Respuestas*** | | ***Saltos y/o visibilidad de campos*** |
| 1. Fecha de enrolamiento? | |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| |  | Para ser llenado por todos los participantes |
| 2. Fecha de nacimiento niño/a? (si no sabe colocar 98/98/9898) | |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| |  | Para ser llenado por todos los participantes |
| 3. Qué edad tiene su hijo? (registrar edad exacta en meses) | |\_\_||\_\_| meses |  | Si la edad >24 meses, no seguir con las preguntas |
| 4. Tipo de participante | Mismo niño proyecto STAMINA fase 1 | 1 | Si P4=2, pedir P5 y P6  Si P4=1, salto a la P7 |
| Nuevo niño/a STAMINA | 2 |
| 5. El embarazo de su hijo/a fue gemelar? | Sí | 1 | Si P5=1, no seguir con las preguntas y debe quedar registrado como no elegible |
| No | 0 |
| 6. Su niño(a) nació prematuro, con bajo peso o ha sido diagnosticado con algún problema de salud o enfermedad que podría haber afectado su alimentación o crecimiento? (ej. cardiopatía congénita; espina bífida; microcefalia; síndrome de Down) o enfermedades crónicas (ej. enfermedades pulmonares, hepáticas: renales , insuficiencia renal) | Sí | 1 | Si P6=1, no seguir con las preguntas y registrar como “no eligible” |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 7. El lugar donde actualmente vive está ubicada en zona urbana o rural | Urbana | 1 | Si P7=2 registrar como no elegible |
| Rural | 2 |
| 8. Se obtuvo el consentimiento para participar del estudio? | Sí | 1 | Si P8=1 salto a la Sección 1  Si P8=0 no seguir con las preguntas y registrar como “rechazo” |
| No | 0 |
| 9. Confirmar tipo de encuesta (para ser llenado por encuestador) | 2a | 1 | Si P4=1, automáticamente se selecciona 2a  Si P4=2 se selecciona 2b |
| 2b | 2 |

# SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Encuesta 2a y 2b)

1.Nombre completo Madre/ cuidadora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Fecha de nacimiento madre |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

3. Nombre completo de niño\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Fecha de nacimiento del niño |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_**2**\_|\_**0**\_|\_\_|\_\_|

5. Fase del proyecto: Fase 1=1 Fase2= 2 Fase4=4 (Marcar)

6. Sra en qué ciudad está viviendo? Área (Lima: 1; Huánuco: 2, Otro, especificar: 3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_|

7. En qué Centro de Salud se atiende \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ? Portada de Manchay=1; Huertos de Manchay= 2; Pomares= 3; Las Moras= 4; Otro, especificar= 5 ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Encuestadora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(María M: 1; Karla: 2; Patricia: 3; María P: 4; Elizabeth:5**)**  |\_\_|

9. Participante |\_\_\_|\_\_\_|

10. Código madre-niño |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| código se debe generar automáticamente).

11. Código de participante STAMINA fase 1: |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

12. Número telefónico: |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_|

13. Fecha de programación para entrevista |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_**2**\_|\_**0**\_|\_\_|\_\_|

14. Fecha de realización de la entrevista: |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_**2**\_|\_**0**\_|\_\_|\_\_|

15. Hora de inicio de entrevista |\_\_|\_\_| :|\_\_|\_\_| (H:M)

# SECCIÓN 2: MIEMBROS DEL HOGAR (Encuesta 2a y 2b) (sólo una respuesta posible para cada característica del miembro de familia)

Lea en voz alta: ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su hogar. Un hogar es un grupo de personas que viven juntas y comparten un mismo ambiente para cocinar (nota: incluir a todas las personas que generalmente duermen en la casa, excluir a los visitantes). Por favor, deme los nombres de las personas que habitualmente viven en su hogar. Siempre empezar con la encuesta madre / cuidadora principal, luego el jefe del hogar, luego el niño del estudio y luego los otros miembros de la familia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código para cada miembrodel hogar** | **Parentezco con el niño de estudio**  (mirar códigos lista) | | **Sexo** (1=masculino; 2=femenino) | **Edad exacta\*** | **Estado civil**  (mirar códigos lista) | | **Nivel educativo**  (mirar códigos lista) | | | **Ocupación**  (mirar códigos lista) | |
| |\_**0**\_|\_**1**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**2**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**3**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**4**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**5**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**6**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**7**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**8**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**0**\_|\_**9**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**1**\_|\_**0**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**1**\_|\_**1**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |
| |\_**1**\_|\_**2**\_| |  | |\_\_| | |\_\_| |  |  | |\_\_| | |  | |\_\_| |  | |\_\_| |

Importante: Las preguntas sobre el estado civil, el nivel de educación y la ocupación sólo se registrarán para la madre/cuidadora principal y el jefe del hogar. Las otras preguntas (nombre, relación con el niño estudiado, sexo y edad exacta se registrarán para TODOS los miembros del hogar)

**Códigos para lista de miembros del hogar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Parentezco con el niño/a de estudio*** | ***Estado civil*** | ***Nivel educativo*** | ***Principal ocupación*** |
| 1. Niño /a del estudio  2. Madre biológica  3. Padre biológico  4. Padrastro o compañero  5. Abuelo/a  6. Hermano/a  7. Tía/ tío  8. Primos  77. Otro, especificar | 1. Soltero/a  2. Casada/conviviente  3. Divorciado/separado/a  4. viudo/a  77. Otro, especificar  97. No aplica | 1. Analfabeto/a  2. Primaria incompleta (1 a 5° P)  3. Primaria completa (6°P)  4. Secundaria incompleta (1ª4°S)  5. Secundaria completa (5°S)  6. Educación técnica  7. Educación universitaria  8. Post-grado  77. Otro, especificar  97. No aplica  98. No sabe | 1. No trabaja  2. Estudiante  3. Vendedor independiente  4. profesional independiente  5. Construcción/transporte  6. Servicios técnicos (electricista, gasfitero, mecánico)  7. Trabajador de salud  8. Empleada doméstica  9. Agricultura  10. Otro tipo de trabajador independiente  11. Ventas por internet  12. Vendedor dependiente  13. Profesional dependiente  77. Otro, especificar\_\_\_\_\_\_  97. No aplica  98. No sabe |

# SECCIÓN 3: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA (para ser administrada a la madre o cuidadora principal)

| Preguntas | Respuestas | | Saltos y/o visibilidad de campos |
| --- | --- | --- | --- |
| Parte A. Información General | | | |
| 1. Dónde nació usted? no leer las opciones, (solo una respuesta es posible) | Lima Metropolitana | 1 | Encuesta 2b |
| Costa rural | 2 |
| Costa urbana | 3 |
| Sierra, Huánuco urbana | 4 |
| Sierra, Huánuco rural | 5 |
| Sierra | 6 |
| Selva | 7 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 2. Por cuánto tiempo está viviendo en el área? (si tiene menos de 1 año registrar en meses ) | |\_\_|\_\_| años  |\_\_|\_\_| meses |  | Encuesta 2a, 2b |
| 3. Cuántos hijos tiene? (en total, si tuvo más de un compromiso) | |\_\_|\_\_| |  | Encuesta 2a, 2b |
| 4. Quién es el/la principal cuidador/a de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Madre biológica | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Padre biológico | 2 |
| Abuela | 3 |
| Abuelo | 4 |
| Tía | 5 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 5. ¿Quién es el jefe del hogar? no leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Madre biológica | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Padre biológico | 2 |
| Abuela | 3 |
| Abuelo | 4 |
| Tía/Tío | 5 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 6. Realiza algún trabajo/empleo pagado? *(entrevistador: consulte la sección 2, lista del hogar)* | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P6=0 o 3, saltar a P10 |
| No | 0 |
| 7. Si resp. sí , cuántos días, en promedio, trabaja a la semana? | \_\_\_ días |  | Encuesta 2a, 2b |
| No sabe | 98 |
| 8. Cuántas horas, en promedio, trabaja a la semana? | \_\_\_ horas |  | Encuesta 2a, 2b |
| No sabe | 98 |
| 9. Cuando usted trabaja, quién cuida a su niño/a? | Miembro de la familia ≥ 18a | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Miembro de la familia < 18a | 2 |
| Lo tengo conmigo mientras trabajo | 3 |
| Otro cuidador/a, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 10. ¿Cree que su hogar ha sido afectado económicamente por la pandemia en estos últimos 6 meses? Leer las opciones, (una respuesta es posible) | Sí - bastante | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí – sólo un poco | 2 |
| No – nada | 0 |
| No Sabe | 98 |
| 11. ¿Cómo considera los ingresos actuales en su hogar en comparación con los ingresos que tenía hace 6 meses ? Leer las opciones, (sólo una respuesta posible) | Menos | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Igual | 2 |
| Más | 3 |
| 12. ¿En estos últimos 6 meses ha tenido que hacer algún cambio/ajuste en el hogar debido al impacto económico de la pandemia? Leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Sí - bastante | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P12= 0 o P12=98, saltar a P14 |
| Sí – sólo un poco | 2 |
| No – nada | 0 |
| No sabe | 98 |
| 13. Si respuesta es sí ¿Qué hizo para enfrentar el impacto económico que la pandemia tuvo en su hogar? Leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Usó ahorros en el banco | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Usó ahorros en efectivo | 2 |
| Redujo los gastos no relacionados a alimentos | 3 |
| Redujo los gastos en alimentos | 4 |
| Se prestó dinero | 5 |
| Compró al crédito | 6 |
| Vendió algunas pertenencias | 7 |
| Un miembro de la familia que se mudó fuera o dentro | 8 |
| Se mudó | 9 |
| Uso de olla común/comedor popular | 10 |
| No sabe | 98 |
| Otro, especificar | 77 |
| 14. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido alguna forma de ayuda financiera/ apoyo del gobierno u otra institución? No leer las opciones, (puede dar múltiple respuestas) | Bono del gobierno – para independientes | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Bono del gobierno – universal/quédate en casa | 2 |
| Bono niño < 2 años | 3 |
| Bono de ONG | 4 |
| Bono de electricidad | 5 |
| Ayuda de familiar /amigo/conocido | 6 |
| No | 0 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 15. Podría decirme tres efectos o preocupaciones que la pandemia ha traído a su hogar (económico/salud/temor/social)? no lea las opciones (máximo 3 respuestas posibles) | Desempleo/disminución de ingresos | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Alto costo de los alimentos | 2 |
| Distanciamiento social | 3 |
| Miedo a infectarse/morir | 4 |
| Miedo que algún miembro de la familia se infecte/muera | 5 |
| Pérdida de algún miembro del hogar | 6 |
| Restricción para viajar o transportarse | 7 |
| Escasez en el suministro de alimentos | 8 |
| Cuarentena/ aislamiento/ bienestar mental | 9 |
| Tiendas cerradas | 10 |
| Colegios/nidos/Cuna Más cerrados | 11 |
| Dificultad para tener acceso a servicios de salud | 12 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 16. En el hogar, quién decide sobre los gastos en comida? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Madre/ cuidador/a principal | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Padre | 2 |
| Ambos padres | 3 |
| Abuelos | 4 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 17. ¿En estos últimos 6 meses recibió usted o alguna persona de su hogar alimentos de algún programa o institución? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P17=0 o P17=98, saltar a P19 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 18. De qué programa o institución recibió alimentos? *No leer las alternativas, más de una respuesta es posible* | ONG | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| PANTBC | 2 |
| Vaso de leche | 3 |
| Comedor popular | 4 |
| Qaliwarma | 5 |
| Canasta de alimentos Cuna Más | 6 |
| Canasta de alimentos municipalidad | 7 |
| Amigos/familiars/conocidos | 8 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| Parte B: Condiciones de la vivienda *Leer en voz alta:* Ahora tenemos algunas preguntas sobre su vivienda. | | | |
| 19. ¿Vive todavía en la misma casa donde se le hizo la encuesta anterior? | Sí | 1 | Encuesta 2a |
| No | 0 |
| 20. La casa en la que vive es propia, alquilada o de algún familiar? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Propia | 1 | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| Alquilada | 2 |
| Vive con padres u otros familiares | 3 |
| Vive en casa de padres familiares (no alquila) | 4 |
| Vive con otras personas (no alquila) | 5 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 21. Cuántas habitaciones son usadas para dormir? | No. de habitaciones | \_\_ \_\_ | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| 22. La casa tiene conexión eléctrica? | Sí | 1 | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| No | 0 |
| 23. Qué tipo de combustible usa para cocinar? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Gas | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Electricidad | 2 |
| Leña | 3 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| 24. Cuál es el principal material usado para el piso de la casa? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Parquet | 1 | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| Loseta/mayólica | 2 |
| Cemento | 3 |
| Tierra | 4 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| 25. Cuál es el principal material usado para el techo de la casa? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Concreto/cemento | 1 | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| Calamina | 2 |
| Madera/fierro | 3 |
| Esteras | 4 |
| Tejas | 5 |
| Cartón/plástico | 6 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 26. Cuál es el principal material usado para las paredes de la casa? *No leer las alternativas, (solo una respuesta es posible)* | Bloques de cemento | 1 | Encuesta 2a SI P19=0  Encuesta 2b |
| Ladrillos | 2 |
| Madera/drywall | 3 |
| Adobe/barro | 4 |
| Esteras | 5 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| Part C: Pertenencias **Lea en voz alta: Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos bienes o muebles que puede tener en su casa. La única razón por la que pregunto esto es para que podamos entender las condiciones de vida de las familias que participan en el estudio. Puede dejar de responder cualquier pregunta si lo desea.** | | | |
| 27. En su casa tiene …un sofá? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 28. Repostero | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 29. Vitrina/aparador | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 30. Closet/ropero | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 31. Reloj | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 32. Teléfono fijo | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 33. Celular | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 34. Radio/equipo de sonido | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 35. Televisión | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 36. Servicio de cable de televisión | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 37. Licuadora | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 38. Cocina a gas | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 39. Microondas | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 40. Refrigeradora | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 41. Lavadora | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 42. Computadora/laptop | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 43. Internet | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 44. Moto | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 45. Bicicleta | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 46. Carro | Sí, funciona | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí, no funciona | 2 |
| No | 0 |
| Prefiero no responder | 99 |
| Parte D. Suministro de Agua | | | |
| 47. De dónde obtienen el agua que usan para beber? | Agua de red pública | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P47=1 saltar a P49, si P47=2,3,4,5,77 pasar a P48 y saltar a P50 |
| Bomba motorizada | 2 |
| Camión cisterna | 3 |
| Pozo | 4 |
| Pilón público | 5 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| 48. ¿La pandemia ha afectado de alguna manera acceso al agua? Leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Sí - bastante | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí – poco | 2 |
| No – para nada | 0 |
| No sabe | 98 |
| 49. ¿En estos últimos 6 meses, su suministro de agua (es decir, la disponibilidad durante todo el día) se ha visto afectado por la pandemia? Leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Sí - bastante | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí – poco | 2 |
| No – para nada | 0 |
| No sabe | 98 |
| Parte E. Saneamiento | | | |
| 50. Qué tipo de baño usan en el hogar? | Conectado a red pública dentro de hogar | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Conectado a red pública fuera de hogar | 2 |
| Pozo séptico | 3 |
| Letrina/silo | 4 |
| Campo abierto | 5 |
| Otro especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| Parte F. Posesión de animales/huerto familiar | | | |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar cría: | | | |
| 51. Pollos/aves de corral | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 52. Cuys | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 53. Cerdos | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 54. Oveja/cabra | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 55. En su hogar tienen huerto familiar o cultivan algunas frutas o verduras? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |

# SECCIÓN 4: SALUD INFANTIL Y PRÀCTICAS DE ALIMENTACIÓN

| Preguntas | Respuestas | | Saltos y/o visibilidad de campos |
| --- | --- | --- | --- |
| Parte A. Información del nacimiento | | | |
| 1. Dónde nació \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? No leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Hospital | 1 | Encuesta 2b |
| Centro de Salud | 2 |
| Casa | 3 |
| Clínica | 4 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 2. Qué tipo de parto tuvo? No leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Parto normal | 1 | Encuesta 2b |
| Parto vertical | 2 |
| Cesárea | 3 |
| Parte B. Salud Infantil (0-23 meses) | | | |
| 3. Niño de 0 a 12 meses ¿En el último mes, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha asistido a un centro de salud para su control (CRED)?  3a. Niño de 13 a 23 meses ¿En los últimos 2 meses, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha asistido a un centro de salud para su control (CRED)? | Sí CRED | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P3=1,2,3, saltar a P5  Si P3=0, pedir P4 |
| Sí vacunas | 2 |
| Sí CRED y vacunas | 3 |
| No | 0 |
| 4. Podría decirnos cuál fue el motivo? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Centro de salud cerrado/sólo atiende emergencias | 1 |  |
| Falta de disponibilidad de transporte | 2 |
| Madre u otro miembro de la familia enfermo con COVID (aislamiento / cuarentena ) | 3 |
| Miedo de contagiarse en el centro de salud | 4 |
| Familiares/amigos recomendaron no ir | 5 |
| Miedo al contagio mientras se desplaza al centro de salud | 6 |
| Restricción del gobierno (ej. confinamiento ) | 7 |
| Sólo atienden teleconsulta | 8 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 5. ¿En los últimos 6 meses, ha llevado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al centro de salud por alguna emergencia? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P5=1, 2 o 3, pedir P6  Si P5=0, Saltar a P7 |
| No | 0 |
| 6. Si respondió sí, a dónde llevó a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Hospital | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Centro de salud municipal | 2 |
| Centro de salud local | 3 |
| Clínica privada | 4 |
| Consultorio privado | 5 |
| Essalud | 6 |
| Farmacia | 7 |
| Otro especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 7. En las últimas 2 semanas, \_\_\_\_\_\_ tuvo diarrea, (heces sueltas o acuosas al menos 3 veces en un período de 24 horas) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P7=2 o P7=98, saltar a P9 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 8. Había sangre es alguna de las deposiciones durante la diarrea? | Sí | 1 |  |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 9. En las últimas 2 semanas, \_\_\_\_\_\_\_\_\_tuvo fiebre?, (una temperatura corporal por encima del rango normal en algún momento) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 10. En las últimas 2 semanas, \_\_\_\_\_\_\_ tuvo tos y/o dificultad para respirar? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 11. En las últimas 2 semanas, ¿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tuvo alguna otra enfermedad además de las que le acabo de mencionar? | Sí, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_ | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 12. En las últimas 2 semanas llevó a \_\_\_\_\_\_\_ al consultorio o centro de salud buscando tratamiento para alguno de los problemas de salud que presentó? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Sólo preguntar si  P7=1 o P9=1 o P10=1 o P11=1  Si P12=1, saltar a P14  Si P12=0, pedir P13 |
| No | 0 |
| 13. Si respuesta es no, ¿cuál fue el motivo/motivos para no llevar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a un establecimiento de salud? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Centro de salud cerrado/sólo atiende emergencias | 1 | Encuesta 2a, 2b  Mostrar si P12=0 |
| Madre u otro miembro de la familia enfermo con COVID (aislamiento / cuarentena ) | 2 |
| Miedo de contaminación en el centro de salud | 3 |
| Familiares/amigos recomendaron no ir | 4 |
| Miedo a la contaminación mientras se desplaza al centro de salud | 5 |
| Restricción del gobierno (ej. confinamiento ) | 6 |
| Otro, especificar | 77 |
| 14. ¿En los últimos 6 meses, ha visto afectado el acceso al servicio de salud a causa de la pandemia? Leer las opciones (solo una respuesta es posible) | Sí - bastante | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí – poco | 2 |
| No – para nada | 0 |
| No sabe | 98 |
| 15. En los últimos 6 meses, ha recibido algún servicio o consulta nutricional /salud para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera virtual o por teléfono? Si la respuesta es sí, de qué institución? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Sí – del centro de salud | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P15=1 ó 2 ó 3 ó 4 ó 77 ir a P16  Si P15=0, saltar a P18 |
| Sí - de la municipalidad | 2 |
| Sí - de Cuna Más | 3 |
| Sí - de otra institución del gobierno | 4 |
| Sí de otra institución, espercificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No | 0 |
| 16. Si respuesta es sí, Por qué medio recibió los consejos o información de salud de la institución? No leer las opciones (marcar todas las que aplican) | Mensaje de texto | 1 | Encuesta 2a, 2b  Mostrar si P15=1 |
| Consulta telefónica | 2 |
| Consulta por video/telemedicina | 3 |
| WhatsApp | 4 |
| Folleto/tríptico | 5 |
| A través de una aplicación | 6 |
| Página de internet | 7 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 17. En relación a la información que recibió, ¿se acuerda de qué se trataba? No leer las opciones (marcar todas las que aplican) | Lactancia (durante COVID-19) | 1 | Encuesta 2a, 2b  Mostrar si P15=1 |
| Consejos sobre alimentación saludable para la familia | 2 |
| Consejo sobre cómo perder peso para la madre/niño/familia | 3 |
| Alimentación complementaria/consejo de nutrición infantil | 4 |
| Vacunas | 5 |
| Anemia/suplementación con hierro | 6 |
| CRED/control del niño sano | 7 |
| Información sobre COVID-19 | 8 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 18. ¿Ha utilizado algún otro medio para obtener información y consejos sobre nutrición/salud? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Si – miembros de familia/parientes | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Si - Amigos | 2 |
| Si - Otros miembros de la comunidad/vecinos | 3 |
| Si - Farmaceútico | 4 |
| Si - Colegas/amigos del trabajo | 5 |
| Si – usando una aplicación | 6 |
| Si- Media (radio, tv) | 7 |
| Si- Social media (Facebook, Youtube, Whatsapp) | 8 |
| Si- Buscador de internet fuentes en línea(Google, Forums,páginas web, email) | 9 |
| Si- Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No | 0 |
| 18A. Cómo le gustaría recibir consejería sobre la alimentación de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?  No leer opciones. Más de una respuesta es posible. (Máximo 3) | Cara a cara, individual en el centro de salud | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Consejería a en grupo/comunitario | 2 |
| folletos | 3 |
| Aplicaciones | 4 |
| Whatsapp | 5 |
| Videollamda | 6 |
| Llamada telefónica | 7 |
| Otros specificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 19. Desde su nacimiento, cuántas veces ha llevado a CRED a \_\_\_\_\_\_\_\_ | No. de veces |\_\_|\_\_| |  | Encuesta 2a, 2b |
| Parte C. Alimentación al nacer | | | |
| 20. Alguna vez ha dado de lactar a \_\_\_\_\_\_\_\_? | Sí | 1 | Encuesta 2b  Si P20=0, saltar a P23 |
| No | 0 |
| 21. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ fue puesto/a para lactar lactó dentro de la primera hora de su nacimiento? | Sí | 1 | Encuesta 2b  Mostrar P21 si P20=1 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 22. Alimentó con calostro a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? Explicar que calostro es la LM de los primeros días, es más amarilla y espesa. | Sí | 1 | Encuesta 2b  Mostrar P22 si P20=1 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 23. Durante los primeros 2 días se le dio a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ algo diferente a la leche materna para comer o tomar, cualquier cosa como agua o fórmula infantil? | Sí | 1 | Encuesta 2b  Mostrar P23 si P20=1  Si P23=1, pedir a Q24; si Q23=0 or Q23=98, saltar a Q25 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 24. Qué se le dio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Tè/Infusión | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Agua | 2 |
| Fórmula infantil | 3 |
| Otra leche, no materna | 4 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| Parte D. Introducción de alimentos /alimentación complementaria (0-23 meses) | | | |
| 25. Le ha dado a \_\_\_\_\_\_\_\_ gotas o jarabe con hierro antes de los 6 meses? | Sí | 1 | Encuesta 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 26. Le ha dado a \_\_\_\_\_\_\_ alguna otra medicina o jarabe (vitaminas, medicamento, SRO) antes de los 6 meses? | Sí - vitaminas | 1 | Encuesta 2b |
| Sí - medicinas | 2 |
| Sí – vitaminas y medicinas | 3 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 27. Le ha dado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ cualquier alimento o bebida, además de leche materna , en sus primeros 6 meses? | Sí | 1 | Encuesta 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **28. Sra \_\_\_\_\_\_\_ a continuación le voy a listar el nombre de algunos alimentos para que usted me diga si se lo ha ofrecido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y si fue así, a qué edad le ofreció por primera vez** (Condición para programar: Sólo aparecer en encuesta 2b | | | |
| **Alimentos** | **1. Ofreció** 1=sí, 0=no | **2. A qué edad le ofreció por primera vez los siguientes alimentos? Colocar el mes o 98 si no sabe/corresponde** | **3. Antes de 6 meses** 1=sí, 0=no, 98= no sabe |
|
| 1.Agua pura | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 2. Agua C/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 3. Infusión S/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 4. Infusión C/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 5. Jugo de fruta S/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 6.Jugo de fruta C/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 7. Jugos envasados | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 8. Miel/azúcar | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 9. Otras leches (no LM) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 10. Leche C/A | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 11. Gaseosas | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 12. Caldo/sopa | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 13. Purés | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 14. Mazamorras | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 15. Avena | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 16. Otros lácteos (queso, yogurt) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 17. Cualquier cereal (fideo, arroz) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 18. Cereal infantil (nestum) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 19. Fruta | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 20. Verduras | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 21. Huevos | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 22. Pollo | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 23. Carnes rojas (res, cordero etc.) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 24. Vísceras (vaso, hígado, bofe, sangrecita) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 25. Pescado | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 26. Bocaditos dulces (tortas, galletas, caramelos) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |
| 27. Bocaditos salados (papitas, chizitos, tortees, empanaditas) | |\_\_| | |\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_| |

| ***Preguntas*** | ***Respuestas*** | | ***Saltos y/o visibilidad de campos*** |
| --- | --- | --- | --- |
| Parte E1. Prácticas de alimentación infantil (0-23 meses) | | | |
| 29. Actualmente está dando de lactar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P29=1 saltar a P33  Si P29=0 pedir P30 |
| No | 0 |
| 30. Si respuesta es no, a qué edad dejó de dar de lactar? (registrar en días, semanas o meses) (si no sabe 98*)* | |\_\_|\_\_| meses  |\_\_|\_\_| semanas  |\_\_|\_\_| dias | |\_\_|\_\_| |  |
| 31. Por qué decidió dejar de dar de lactar? Es posible tener más de una respuesta*, no leer las opciones* | Problemas con los senos (dolor, pezones agrietados/ sangrantes) | 1 | Si P31=11, pedir P32, si diferente saltar a Q33 |
| Insuficiente LM | 2 |
| Consumo de medicinas | 3 |
| Falta de tiempo/trabajo | 4 |
| Bebé no cogía el pecho | 5 |
| Enfermedad del bebé | 6 |
| Bebé lloraba mucho | 7 |
| Bebé no ganaba peso | 8 |
| Bebé no se llenaba | 9 |
| Bebé no quería lactar | 10 |
| Por recomendación | 11 |
| Madre enferma/preocupada por la transmisión de COVID-19 | 12 |
| Porque niño no quería comer | 13 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 32. Quién le recomendó dejar de dar de lactar ? es posible responder más de una*, no leer las opciones* | Esposo/pareja | 1 | Sólo mostrar P32 si P31=11 |
| Abuela maternal | 2 |
| Abuela paterna | 3 |
| Otros parientes | 4 |
| Amigos | 5 |
| Vecinos | 6 |
| Doctor | 7 |
| Enfermera | 8 |
| Trabajador de salud | 9 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 33. Ayer dio de lactar a \_\_\_\_\_\_\_\_durante el día o la noche? | Sí | 1 | No mostrar 33 si P29=0 |
| No | 0 |
| 34. Ahora hablando de medicinas/vitaminas. Ayer le dio a\_\_\_\_\_\_\_ alguna vitamina o medicina durante el día o la noche? | Sí- medicina | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Sí - vitaminas | 2 |
| Sí – medicinas y vitaminas | 3 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 35. En el último mes le ha ofrecido a \_\_\_\_\_\_ algún suplemento que contiene hierro? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P35=1, pedir P36  Si P35=0, mostrar P 35 A y luego saltar a P39 |
| No | 0 |
| 35A. Cuál fue el motivo para no ofrecerle el suplemento con hierro? | No tenía en casa | 1 | Si P35=0 mostrar P35A |
| No le han recetado | 2 |
| No la han citado en la posta para entregar | 3 |
| No la han visitado para entregar | 4 |
| No hay en la posta | 5 |
| Al niño no le gusta | 6 |
| Al niño le hace daño | 7 |
| Niño no necesita | 8 |
| Todavía no le corresponde | 9 |
| No tenía plata para comprar | 10 |
| Posta cerrada/con restricciones por la pandemia | 11 |
| Le mancha los dientes | 12 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 36. Si le ofreció, qué tipo de suplementos le ofreció. No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Hierro/Sulfato ferroso jarabe | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Ferrimax (gotas- hierro polimaltosa) | 2 |
| Feranin (gotas –hierro polimaltosado) | 3 |
| Polvo de multi-micronutriente | 4 |
| Gotas/Sulfato ferroso | 5 |
| No sabe | 98 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 37. ¿Durante cuánto tiempo ha administrado los suplementos? (en meses) | |\_\_|\_\_| |  |  |
| 37a. Con qué frecuencia le ofreció el suplemento? | Diario | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Interdiario | 2 |
| 2-3 veces a la semana | 3 |
| 1 vez a la semana | 4 |
| 2-3 veces al mes | 5 |
| 1 vez al mes | 6 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 38.En dónde obtuvo esos suplementos? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Tenía en casa | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Centro de salud, visita en casa | 2 |
| De otros parientes de la familia | 3 |
| De amigos | 4 |
| De miembros de la comunidad | 5 |
| Fue a recoger al centro de salud | 6 |
| Compró | 7 |
| Otro, especificar | 77 |
| 39. En los últimos 6 meses ha ofrecido a \_\_\_\_\_\_ algún suplemento que contiene hierro? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P39=1, pedir P40  Si P39=0, pedir 39 A y luego saltar a 42  P39=98, saltar a P42 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 39A. Cuál fue el motivo para no ofrecerle el suplemento con hierro? | No tenía en casa | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No le han recetado | 2 |
| No la han citado en la posta para entregar | 3 |
| No la han visitado para entregar | 4 |
| No hay en la posta | 5 |
| Al niño no le gusta | 6 |
| Al niño le hace daño | 7 |
| Niño no necesita | 8 |
| Todavía no le corresponde | 9 |
| No tenía plata para comprar | 10 |
| Posta cerrada/con restricciones por la pandemia | 11 |
| Le mancha los dientes | 12 |
| Otro, especificar  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 40. Qué suplemento le ofreció? No leer opciones (puede dar múltiples respuestas) | Hierro/Sulfato ferroso jarabe | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Ferrimax (gotas- hierro polimaltosa) | 2 |
| Feranin (gotas –hierro polimaltosado) | 3 |
| Polvo de Multi-micronutrientes | 4 |
| Gotas/Sulfato ferroso | 5 |
| No sabe | 98 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| 41. Por cuánto tiempo le ha ofrecido? (en meses) | |\_\_|\_\_| |  | Encuesta 2a, 2b |
| **Parte E2. Recordatorio de 24 horas niño/a** | | | |
| 42. Cómo considera el consumo de alimentos de \_\_\_\_\_\_\_\_ el día de ayer con respecto a lo que usualmente come? (no leer opciones) | Lo usual | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P42=1 o P42=98, realizar el 24 recordatorio  Si P42=2 o P42=3, pedir P43 |
| Más de lo usual | 2 |
|  |  |
| Menos de lo usual | 3 |
| No sabe | 98 |
| 43. Por qué considera que el consumo de \_\_\_\_\_\_\_\_ fue diferente a lo que usualmente consume? No leer las opciones (puede dar múltiples respuestas) | Niño/a estaba enfermo | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P 43=1 o 2, no realizar recordatorio y programar nuevo día para realizarlo |
| Niño no tenía apetito | 2 |
| Menos de lo usual porque madre estuvo ocupada | 3 |
| Menos de lo usual por menor disponibilidad de alimentos en el hogar | 4 |
| Más de lo usual porque niño asistió a una fiesta/paseo | 5 |
| Más de lo usual porque le regalaron alimentos | 6 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |

Mensaje para encuestadora: Proceder a realizar los recordatorios de niño

44. Fue aplicado el recordatorio de 24 horas del niño(a)? Si=1, No/no se pudo completar a pesar de reprogramación=2, será completado otro día =3, Niño menor de 6 meses sólo consume leche materna =4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parte E3. Aplicar la encuesta de frecuencia de consumo para el niño (Encuesta 2a, 2b)    |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***P1. Señora ahora le mencionaré algunos grupos de alimentos (con sus ejemplos) y le pediría que me dijera si esos alimentos fueron consumidos o no por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en los últimos 7 días y de haberlos consumido cuántas veces a la semana*** | | | | | | | **Alimentos/Grupos de alimentos** | | **Consumo** | | **Cuántas veces a la semana** | **Cuántas veces al día?** | |  | |  | **Código** |  |  | | **1** | **Granos integrales**, harina integral, trigo grano, arroz integral, galletas integrales, avena, quinua. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **2** | **Granos refinados**: harina blanca, arroz blanco, pasta, fideos, maicena, pan | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **3** | **Leche y lácteos**, yogurt, queso de todo tipo, duro, mantecoso, fresco, procesado, requesón | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **4** | **Carnes rojas**, de res, cordero, carnero, chancho, cabra, cuy | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **5** | **Carnes procesadas** (salchichas, chorizos, jamón, jamonada, tocino, embutidos, hotdog) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **6** | ***Vísceras****, sangrecita, molleja, Corazón, riñón, hígado, pulmón, chanfainita, lengua, bazo* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **7** | ***Aves****: pollo, gallina, pato, pavo, paloma* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **8** | **Pescado y mariscos:** frescos, congelado, seco, enlatado (atún, caballa, sardinas, anchovetas, choros, camarones, langostinos, cangrejo, pulpo, calamar, toyo, trucha, conchitas | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **9** | ***Huevos de todo tipo****: gallina, codorniz, de pato etc., sancochado, frito, revuelto etc.* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **10** | **Pizzas, hamburguesas, etc.** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **11** | **Verduras de hojas verde oscuro**, (espinaca, brócoli, acelga, hojas de quinua, hojas de beterraga | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **12** | **Otras verduras crudas**: zanahoria, tomate, rabanito, pimiento, lechuga, pepino. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **13** | **Otras verduras cocidas** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **14** | ***Leguminosas****, menestras, todo tipo de frejoles, habas – frescas y secas, garbanzos, lentejas, arvejas – frescas y secas, soya (y leche de soya), pallares, tarwi, harina de arvejas, harina de habas* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **15** | **Alimentos fritos en bastante aceite** – sumergido en aceite: papas fritas, pollo broaster, aros de cebollas, wantán, cachanga | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **16** | **Papas, tubérculos,**  blanca, amarilla, camote, (nativas) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **17** | **Snacks salados**, papitas, chizitos, tortees, doritos | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **18** | **Frutas**: manzana, naranja, mandarina, tangerina, piña, papaya, mango | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **19** | **Helados, postres** (budín/mazamorras, arroz c/leche, mazamorra morada, crema volteada) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **20** | **Postres como**, pyes, brownies, tortas, galletas dulces. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **21** | **Dulces**: caramelos, chupetes, toffees, gelatinas, manjar blanco | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **22** | **Bebidas de frutas empacadas/industrializada** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **23** | **Gaseosas/rehidratantes/bebidas azucaradas** (no preparadas en casa) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **24** | **Bebidas caseras con azúcar:** limonada, chicha morada, maracuyá, manzana, infusiones | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **25** | **Grasas y aceites**, mantequilla, margarina, aceite | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | | **26** | **Condimentos y especies**: mayonesa, kétchup, mostaza | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ | |

# SECCIÓN 5: NUTRICIÓN MATERNA

| Preguntas | Respuestas | | Saltos y/o visibilidad de campos |
| --- | --- | --- | --- |
| Parte A. Recordatorio de 24h madre y Frecuencia de consumo de alimentos (Encuesta 2a y 2b) | | | |
| 1. Cómo considera su consumo de alimentos el día de ayer, con respecto a lo que usualmente come? | Usual | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P1=1 o P1=98, saltar a P3 |
| Menos de lo usual | 2 |
| Más de lo usual | 3 |
| No sabe | 98 |
| 2. Si el consumo fue diferente, por qué fue así ? | Madre estaba enferma | 1 | Encuesta 2a, 2b  (Si P2=1 o P2=2, no realizar el recordatorio, reprogramar) |
| Madre no tenía apetito | 2 |
| Menos de lo usual porque señora estuvo ocupada | 3 |
| Menos de lo usual por menor disponibilidad de alimentos en el hogar | 4 |
| Más de lo usual porque señora asistió a una fiesta/paseo | 5 |
| Más de lo usual porque le regalaron alimentos | 6 |
| Otro, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |

3A. Fue aplicado el recordatorio de 24 horas de la madre? Si=1, No/no se pudo completar a pesar de reprogramación=2, será completado otro día =3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***P4. Señora ahora le mencionaré algunos grupos de alimentos (con sus ejemplos) y le pediría que me dijera si esos alimentos fueron consumidos o no por usted en los últimos 7 días y de haberlos consumido cuántas veces a la semana*** | | | | | |
| **Alimentos/Grupos de alimentos** | | **Consumo** | | **Cuántas veces a la semana** | **Cuántas veces al día?** |
|  | |  | **Código** |  |  |
| **1** | **Granos integrales**, harina integral, trigo grano, arroz integral, galletas integrales, avena, quinua. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **2** | **Granos refinados**: harina blanca, arroz blanco, pasta, fideos, maicena, pan | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **3** | **Leche y lácteos**, yogurt, queso de todo tipo, duro, mantecoso, fresco, procesado, requesón | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **4** | **Carnes rojas**, de res, cordero, carnero, chancho, cabra, cuy | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **5** | **Carnes procesadas** (salchichas, chorizos, jamón, jamonada, tocino, embutidos, hotdog) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **6** | ***Vísceras****, sangrecita, molleja, Corazón, riñón, hígado, pulmón, chanfainita, lengua, bazo* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **7** | ***Aves****: pollo, gallina, pato, pavo, paloma* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **8** | **Pescado y mariscos:** frescos, congelado, seco, enlatado (atún, caballa, sardinas, anchovetas, choros, camarones, langostinos, cangrejo, pulpo, calamar, toyo, trucha, conchitas | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **9** | ***Huevos de todo tipo****: gallina, codorniz, de pato etc., sancochado, frito, revuelto etc.* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **10** | **Pizzas, hamburguesas, etc.** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **11** | **Verduras de hojas verde oscuro**, (espinaca, brócoli, acelga, hojas de quinua, hojas de beterraga | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **12** | **Otras verduras crudas**: zanahoria, tomate, rabanito, pimiento, lechuga, pepino. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **13** | **Otras verduras cocidas** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **14** | ***Leguminosas****, menestras, todo tipo de frejoles, habas – frescas y secas, garbanzos, lentejas, arvejas – frescas y secas, soya (y leche de soya), pallares, tarwi, harina de arvejas, harina de habas* | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **15** | **Alimentos fritos en bastante aceite** – sumergido en aceite: papas fritas, pollo broaster, aros de cebollas, wantán, cachanga | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **16** | **Papas,** blancas, amarillas, camote, (nativas) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **17** | **Snacks salados**, papitas, chizitos, tortees, doritos | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **18** | **Frutas**: manzana, naranja, mandarina, tangerina, piña, papaya, mango | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **19** | **Helados, postres** (budín/mazamorras, arroz c/leche, mazamorra morada, crema volteada) | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **20** | **Postres como**, pyes, brownies, tortas, galletas dulces. | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **21** | **Dulces**: azúcar y caramelos, chupetes, toffees, gelatinas, manjar blanco | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **22** | **Bebidas de frutas empacadas** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **23** | **Gaseosas/rehidratantes/energizantes** | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **24** | **Bebidas caseras con azúcar:** limonada, chicha morada, maracuyá, manzana, infusiones | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **25** | **Grasas y aceites**, mantequilla, margarina, aceite | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |
| **26** | **Condimentos y especies**: mayonesa, kétchup, mostaza | (1) Sí (0) no | \_\_ | \_\_ | \_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parte B. Suplementos nutricionales y percepciones sobre el cambio de peso** | | | |
| 5. Señora usted tomó algún suplemento que contenía hierro cuando estaba embarazada de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? | Sí | 1 | Encuesta si 2a P4=0 (sección 0)  Encuesta 2b  Si P5=1, pedir P6  Si P5=0, saltar a P7 |
| No | 0 |
| 6. Por cuánto tiempo tomó el suplemento de hierro durante el embarazo? | |\_\_|\_\_| meses |  | Encuesta 2a, 2b |
| 7. Actualmente, en el último mes , ha tomado algún suplemento que tenía hierro | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 8.En estos últimos 6 meses , considera que su peso a cambiado? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P8=1, pedir P9  Si P8=0 or P8=98, saltar a Sección 6 |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| 9. Si responde sí, cómo ha cambiado? | Ganó peso | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Perdió peso | 0 |
| Perdió peso post-parto | 3 |
| 10. Ha recibido alguna información sobre lactancia materna en los últimos 6 meses? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| 11. En los últimos 6 meses ha recibido alguna propaganda sobre sustitutos de leche materna/fórmulas maternizadas por redes sociales (Facebook, instagram… o por internet ? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  Si P11=1 pasar a P12 |
| No | 0 |
| 12. Si la respuesta es sí, considera usted que ha recibido más, igual o menos propaganda de fórmulas maternizadas de lo que recibía antes de los últimos 6 meses? | Más | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Igual | 2 |
| Menos | 3 |
| No sabe | 98 |

# SECCIÓN 6: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR

Señora a continuación le haré algunas preguntas sobre la alimentación en el hogar

| Preguntas | Respuestas | | Saltos y/o visibilidad de campos |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Durante los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, ¿hubo alguna vez que en su hogar se hayan preocupado porque los alimentos podrían acabarse antes de poder conseguir más? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 2. Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna vez en que en su hogar no hayan podido comer alimentos saludables y nutritivos por falta de dinero u otros recursos? Por ejemplo: carne, pescado, frutas o verduras. | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 3. Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna vez en que en su hogar tuvieron que comer poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 4. Durante los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, ¿hubo alguna vez en que en su hogar tuvieron que reducir el número de comidas en el día porque no hubo lo suficiente? Por ejemplo, no tomar desayuno, almuerzo, lonche o cena. | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 5. Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna vez en que en su hogar tuvieron que comer menos de lo que pensaba que debían comer, por falta de dinero u otros recursos? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 6. Durante los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, ¿hubo alguna vez en el que la comida se terminó en su hogar? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 7. Durante los últimos 30 días, por falta de dinero u otros recursos, ¿hubo alguna vez en que en su familia se acostaron con hambre porque no había comida? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 8. Durante los últimos 30 días, ¿hubo alguna vez en que la familia pasó todo el día sin comer por falta de dinero u otros recursos? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 9. Durante los últimos 30 días, ¿ha visto afectado de algún modo la compra de alimentos para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b  If P9=0, skip to P11 |
| No | 0 |
| 10. Si responde sí, qué alimentos se han visto más afectados (enumere los 3 más afectados) (no leer las opciones, se permiten hasta tres respuestas)  Nota: Los participantes darán el nombre de un alimento específico, pero se pide a las encuestadoras que marquen los grupos de alimentos en función a los alimentos. | Granos, raíces y tubérculos | 1 | Encuesta 2a, 2b  Solo mostrar si P9=1 |
| Leguminosas y frutos secos | 2 |
| Lácteos | 3 |
| Carne, pollo, pescado | 4 |
| Embutidos | 5 |
| Huevos | 6 |
| Frutas | 7 |
| Verduras | 8 |
| Grasas/aceites | 9 |
| Bocaditos salados/dulces | 10 |
| Otros, specificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
| No sabe | 98 |
| 11. En los últimos 7 días , de dónde obtuvo los alimentos para su hogar (no lea las respuestas, son posibles las respuestas múltiples) | Producción propia | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| Mercado tienda | 2 |
| Intercambio de trabajo por alimentos | 3 |
| Regalo de familia o amigos | 4 |
| Apoyo alimentario de ONGs / agencias humanitarias | 5 |
| Apoyo alimentario del gobierno | 6 |
| Vendedor ambulante | 7 |
| Pesca | 8 |
| Comedor popular/olla común |  |
| Otros specificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 77 |
|  |  |  |

# SECCIÓN 7: SALUD MENTAL DE LA MADRE

*Diga: Las siguientes preguntas tienen que ver con ciertos dolores y problemas que podrían haberle molestado durante los últimos 30 días. Si Ud sabe o piensa que ha tenido estos problemas durante los últimos 30 días, por favor conteste que ‘SI’. En caso que siente, piensa o está segura que no ha tenido esos problemas o molestias responda que ‘NO’. Si Ud. no está segura como contestar cualquiera de las preguntas, por favor dígalo o denos su mejor respuesta.*

| Probables Problemas y Molestias (en los últimos 30 días) | Respuestas | | Saltos y/o campos de visibilidad |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Tiene dolores de cabeza frecuentes?  (Le duele a Ud. la cabeza constantemente? Ha tenido dolores fuertes de cabeza?, Se refiere a dolores fuertes 2 ó más veces por semana) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 2. Duerme mal? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 3. Sufre de mala digestión?  (Todo le cae mal al estómago) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 4. Llora más de lo usual?  (Llora por todo?, Llora por cualquier cosa?) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 5. Encuentra dificultad para disfrutar sus actividades diarias?  (Le causan problemas o sufrimientos sus actividades diarias? Está contento con lo que hace diariamente?) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 6. Encuentra difícil tomar decisiones?  (Es Ud. una persona indecisa o toma decisiones rápidamente? Se demora pensando si hace o no las cosas? Es Ud. el tipo de persona que toma rápidamente una decisión o se demora en tomarlas? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 7. Tiene dificultad en cumplir con su trabajo habitual?  (Su trabajo es un sufrir? No le gusta nada lo que hace? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 8. ¿le ha pasado alguna vez que ha tenido dificultad, o ha sido incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?  (Siente que son inútiles todos sus esfuerzos? | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |
| 9. Se siente cansada todo el tiempo?  (Se ha sentido muy cansada, fatigada, sin fuerzas sin que haya una causa para ello?) | Sí | 1 | Encuesta 2a, 2b |
| No | 0 |
| No sabe | 98 |
| Prefiero no responder | 99 |

|  |
| --- |
| **Hora de término de encuesta:** |\_\_|\_\_| :|\_\_|\_\_|  (H:M) |

# SECCIÓN 8: RECORDATORIO DE LA DIETA DEL NIÑO EN 24 HORAS: A RELLENAR SÓLO POR LOS SUPERVISORES DE CAMPO (UNA VEZ FINALIZADA LA RECOGIDA DE DATOS)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Preguntas*** | ***Respuestas*** | | ***Saltos/campos de visibilidad*** |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió agua pura? | No | 0 |  |
| Sí | 1 |
| 1. . ¿\_\_\_\_\_ recibió alguna fórmula infantil (Similac, Nestle, NAN)? | No | 0 | Q2=0, pase a Q4 |
| Sí | 1 |
| 1. ¿Cuántas veces ayer, durante el día o la noche, consumió \_\_\_\_\_\_\_\_ alguna fórmula infantil (Similac, Nestle, NAN) (si no lo sabe, registre 98) | VECES |\_\_\_|\_\_\_| |  | Mostrar si Q2=1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió algún tipo de leche, como evaporada, en polvo o fresca? | No | 0 | Q4=0, pase a Q7 |
| Sí | 1 |
| 1. En caso afirmativo, ¿estaba esta bebida endulzada o saborizada? | No | 0 | Mostrar si P4=1 |
| Sí | 1 |
| 1. ¿Cuántas veces ayer, durante el día o la noche, recibió \_\_\_\_\_\_\_\_ algún tipo de leche, como evaporada, en polvo o fresca? (si no lo sabe, registre 98) | VECES |\_\_\_|\_\_\_| |  | Mostrar si P4=1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió jugo de frutas o bebidas con sabor a frutas, incluidas las elaboradas con jarabes o polvos? | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Azúcares añadidos a los zumos o bebidas de zumos naturales, artificiales, limonada, naranjada, papaya, fruta de la pasión). | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. . ¿ \_\_\_\_\_ recibió refrescos, bebidas de malta, bebidas deportivas o bebidas energéticas? | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. ¿\_\_\_\_\_ recibió bebidas con sabor a chocolate, incluidas las elaboradas con jarabes o polvos? | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió algún caldo puro? | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió té, café o infusiones? | No | 0 | Q11=0, pase a Q13 |
| Si | 1 |
| 1. En caso afirmativo, ¿estaba esta bebida endulzada o saborizada? | No | 0 | Mostrar si Q11=1 |
| Si | 1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_\_ recibió algún yogurt bebible? | No | 0 | P13=0, pase a P15 |
| Si | 1 |
| 1. En caso afirmativo, ¿cuántas veces recibió yogurt bebible? | VECES |\_\_\_|\_\_\_| |  | Mostrar si Q13=1 |
| 1. En caso afirmativo, ¿estaba esta bebida endulzada o saborizada? | No | 0 | Mostrar si P13=1 |
| Si | 1 |
| 1. ¿ \_\_\_\_ recibió otros líquidos? (por ejemplo, agua con azúcar añadida, jugos de vegetales, agua de coco, leche de soja y leche de frutos secos) | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Azúcar añadido a Otros *líquidos* como, agua azucarada, chicha, leche de soja, agua de coco, zumo de verduras | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Bebidas a base de cereales (avena, quinoa) | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Azúcar añadido a las bebidas a base de cereales (avena, quinoa) | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. ¿\_\_\_\_\_ recibió yogurt, aparte de yougurt bebible? | No | 0 | Q16=0, pase a Q18 |
| Si | 1 |
| 1. En caso afirmativo, ¿cuántas veces recibió yogurt? (si no lo sabe, registre 98) | VECES |\_\_\_|\_\_\_| |  | Mostrar si Q16=1 |
| 1. Mazamorra, pan, arroz, fideos u otros alimentos a base de granos/cereales | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Zapallo, zanahoria, calabaza, camote, alimentos que son amarillo o anaranjado | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Papa blanca, papa amarilla, yuca, olluco u otros hechos de tubérculos | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Cualquier vegetal de hoja verde, espinaca, albahaca, brócoli | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Cualquier otra verdura | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Mango, papaya, Durazno, lúcuma | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Cualquier otra fruta | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Hígado, riñón, corazón u otras visceras | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Embutidos, hot dog, jamón, tocino | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Cualquier carne, res, chancho, cordero, pollo, pato, cabrito | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Huevos | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Pescado, mariscos frescos o secos | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Preparaciones a base de frijoles, arverjitas, lentejas, frutos secos, semillas | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Queso duro o suave | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Condimentos (hierbas frescas y secas, especies, pimiento, ajo, kión, pasta de tomate, cubos saborizantes, kétchup, mostaza) | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Piqueos salados *(tortees, chizitos, doritos, papitas hojuelas, camote frito, yuquitas fritas* | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Dulces *(galletas, queques, chocolates, caramelos, frutas/duraznos al jugo, helados, miel, mermelada, pasteles, leche condensada, otros dulces)* | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. Otras bebidas y alimentos | No | 0 |  |
| Si | 1 |
| 1. ayer durante el día o la noche el niño(a) comió algún alimento sólido, semisólido o blando? | No | 0 | Q36=0, pase a la sección 9 |
| Si | 1 |
| 1. Si la respuesta es afirmativa, cuántas veces comió algún alimento sólido, semisólido o blando durante el día o la noche? (consumo del niño debe ser más de 2 bocados en cada episodio de comida) , (alimentos que se consumen dentro de una hora son considerados como el mismo episodio) | VECES |\_\_\_|\_\_\_| |  | Mostrar si Q36=1 |

# SECCIÓN 9: RECORDATORIO DE LA DIETA MATERNA DE 24 HORAS: A RELLENAR SÓLO POR LOS SUPERVISORES DE CAMPO (UNA VEZ FINALIZADA LA RECOGIDA DE DATOS)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Questions*** | ***Respuestas*** | |
| 1. ***Cereales o alimentos preparados de cereales***(e.g. pan/panes, arroz, trigo, morón, quinuq, kiwicha, maiz, choclo, mazamorras de cereales, sorgo, fideos, pasta.) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **2**. **Raíces y tubérculos** blancos, plátanos para cocinar (p.e. papas blancas y nativas amarillas, chuño, papa seca, arracacha, mashua, yacón, camote morado, yuca, plátano maduro) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **3. Leguminosas, menestras,** frejoles, habas – frescas y secas, garbanzos, lentejas, arvejas – frescas y secas, soya (y leche de soya), pallares, tarhui, harina de arvejas, harina de habas. | No | 0 |
| Si | 1 |
| **4. Nueces,** almendras, pecanas, maní, castañas, cachew, y semillas (p.e.) ajonjolí, girasol, pino, de calabaza, de granada | No | 0 |
| Si | 1 |
| **5**. **Leche y derivados** (p.e. leche fresca, en lata, cartón, en polvo, UHT, todo tipo de queso, yogurt, requesón, cuajada (NO leche condensada, | No | 0 |
| Si | 1 |
| **6. Vísceras** (p.e. sangrecita, molleja, Corazón, riñón, hígado, pulmón, chanfainita, lengua, bazo | No | 0 |
| Si | 1 |
| **7. Carnes rojas** (p.e. de res, cordero, chancho, Cornejo, cuy) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **8. Carnes procesadas** (salchichas, chorizos, jamón, jamonada, tocino, embutidos, hotdog) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **9. Aves:** pollo, gallina, pato, pavo, paloma | No | 0 |
| Si | 1 |
| **10. Pescado y mariscos:** fresco, congelado, seco, enlatado ( atún, caballa, sardinas, anchovetas, choros, camarones, langostinos, cangrejo, pulpo, calamar, toyo, Tiburón, ballena, trucha, conchitas) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **11. Huevos** de todo tipo: gallina, codorniz, de pato etc. | No | 0 |
| Si | 1 |
| **12.** . **Verduras de hojas verde oscuro, p.e.** (espinaca, brócoli, acelga, hojas de quinua, hojas de beterraga) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **13. Verduras (amarillas) ricas en vitamina A** (p.e. zanahoria, zapallo, pimiento rojo, camote Amarillo y anaranjado. | No | 0 |
| Si | 1 |
| **14. Frutas ricas en vitamina A** (p.e. albericoque, papaya, mango, Durazno anaranjadas, capulí, aguaymanto, lúcuma, zapote, mamey) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **15. Otras verduras** (tomate, col, asparago, cebolla, champinones, poro, pepino, lechuga) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **16. Otras frutas** (e.g. manzana, plátano, palta, uvas, guavana, chirimoya, kiwi, limon, naranja, mandarina, calabaza blanca,) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **17**. **Otros aceites y grasas** (por ejemplo, mantequilla; nata; margarina; mayonesa; cualquier otro aceite) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **18. Aperitivos salados y fritos** (p. ej., patatas fritas; samosas; rosquillas/masa frita; otros productos fritos) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **19. Productos dulces** (p.e. galletas, kekes, tortas, caramelos, chocolates, helados, frozen yogurt, frutas enlatada en azúcar, leche condensada, miel, mermeladas, pasteles, otros dulces) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **20. Bebidas con sabor a chocolate o leche**, incluidas las elaboradas con jarabes o polvos | No | 0 |
| Si | 1 |
| **21.** **¿Jugo de frutas o bebidas con sabor a frutas,** incluidas las elaboradas con jarabes o polvos? | No | 0 |
| Si | 1 |
| **22. Refrescos, bebidas de malta, bebidas deportivas o energéticas** | No | 0 |
| Si | 1 |
| **23. Té, café, Infusiones azucaradas** | No | 0 |
| Si | 1 |
| **24**. **Cualquier otra bebida endulzada con azúcar** (por ejemplo, zumos de verduras, agua de coco, leche de soja y leche de frutos secos) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **25. Condimentos y especies** (p.e. hierbas frescas o secas, ajíes, ajos, kion, polvo de pescado, pasta de tomate, maggi cubos, soya, salsa de pescado, ketchup) | No | 0 |
| Si | 1 |
| **26. Otras bebidas y alimentos** (ejemplo te o café sin azucar) | No | 0 |
| Si | 1 |