

## ANEXO A 1

### ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUJER EN PERIODO DE GESTACIÓN

EDAD GESTACIONAL	PESO	TALLA	IMC	OBECIDAD	SOBRE PESO	NORMAL	ENFLAQUECIDA
21.5	63.8	1.58	25.5568018			1	
17	63	1.58	25.2363403			1	
9	49	1.58	19.6282647				1
20	53	1.44	25.5594136			1	
15	52	1.45	24.7324614			1	
23	84	1.58	33.4481654	1			
25	58	1.49	26.1249493			1	
30	64	1.53	27.339912			1	
37	69	1.56	28.3530572			1	
25	73	1.69	25.5593292			1	
11	47	1.5	20.6666667				1
22	51	1.59	20.1732526				1
11	65	1.46	30.493526		1		
22	54	1.53	23.0680507			1	
23	70	1.59	27.6887781		1		
35	62	1.47	28.6917488			1	
36	68	1.56	27.9421433			1	
26	68	1.53	29.0486565		1		
18	51	1.44	24.5949074			1	
17.4	65	1.64	24.1671624			1	
29	57	1.53	24.1360161			1	
39	73	1.53	31.0991499		1		
28	58	1.52	24.8874654			1	
35	77	1.6	29.8828125		1		
35	58	1.51	25.4374808			1	
34	56	1.5	24.8888889			1	
12	55	1.57	22.3132784			1	
15	64	1.53	27.339912		1		
10	52	1.54	21.9261258			1	
21	50	1.46	23.4565585			1	

36	61	1.55	25.3902185			1	
37.5	76	1.5	33.7777778		1		
37.2	65	1.57	26.3702381			1	
30.5	62	1.52	26.8351801			1	
16.5	60	1.59	23.5354614			1	
32	80	1.58	32.0461465		1		
22	59	1.55	24.5577523			1	
32	57	1.48	26.0226443			1	
20	52	1.49	23.4223684			1	
24	66	1.59	26.1065622			1	
34	61	1.5	27.1111111		1		
23.5	73	1.64	27.1415824		1		
29	66	1.49	29.7283906		1		
35	77	1.64	28.6287924			1	
18	70	1.49	31.5301113		1		
32	49	1.49	22.0710779				1
26.5	71	1.53	30.3302149		1		
16.5	65	1.58	26.037494			1	
30	60	1.44	28.9351852		1		
19.2	60	1.52	25.9695291			1	
22.5	55	1.53	23.4952369			1	
20.3	54	1.46	25.3330831			1	
19	58	1.54	24.4560634			1	
29	53	1.52	22.9397507			1	
29	68	1.45	32.3424495		1		
29.4	59	1.54	24.8777197			1	
10	72	1.58	28.8415318		1		
33	67	1.61	25.8477682			1	
37	82	1.6	32.03125		1		
10.3	39	1.42	19.3414005				1
23.2	60	1.54	25.2993759			1	
26.5	60	1.54	25.2993759			1	
25.3	63	1.58	25.2363403			1	
30.4	62	1.48	28.3053324			1	
38	85	1.61	32.7919448	1			
38	57	1.47	26.3778981			1	

21.3	70	1.5	31.1111111		1		
11.5	77	1.58	30.844416	1			
37	58	1.51	25.4374808			1	
19	52	1.59	20.5688066				1
36	60	1.53	25.6311675			1	
36.5	79	1.54	33.310845	1	1		
20	53	1.45	25.2080856			1	
19.3	52	1.47	24.0640474			1	
6.5	55	1.5	24.4444444			1	
27.5	57	1.51	24.9989036			1	
8.5	65	1.52	28.1336565		1		
34.3	62	1.53	26.4855397			1	
22	63	1.53	26.9127259		1		
31	70	1.57	28.398718		1		
21	59	1.52	25.5367036			1	
19.2	59	1.6	23.046875			1	
29.2	61	1.5	27.1111111			1	
10	82	1.56	33.6949375	1			
25	57	1.53	24.3496091			1	
28.4	60	1.57	24.3417583			1	
11.2	62	1.63	23.3354661			1	
7	65	1.6	25.390625		1		
16	64	1.5	28.4444444		1		
22.3	54	1.51	23.6831718			1	
39	72	1.47	33.3194502	1			
24	53	1.54	22.3477821			1	
10.3	68	1.52	29.432133		1		
15	56	1.58	22.4323025			1	
7.2	54	1.64	20.0773349			1	
34	80	1.55	33.2986472	1			
38.4	65	1.51	28.5075216			1	
26	62	1.51	27.1917898		1		
25.4	62	1.54	26.1426885			1	
18.4	72	1.58	28.8415318		1		
34	50	1.52	21.6412742				
22.3	61	1.47	28.2289787		1		

12	62	1.5	27.5555556		1		
27.4	56	1.59	22.1510225				1
27	62	1.62	23.6244475			1	
6.2	54	1.59	21.3599146			1	
37	64	1.44	30.8641975		1		
19.3	82	1.58	32.8473001	1			
6	50	1.45	23.7812128			1	
21	66	1.5	29.3333333		1		
7	75	1.59	29.666548		1		
15.1	68	1.52	29.432133		1		
15	65	1.57	26.3702381		1		
5	57	1.49	25.6745192			1	
5.1	65	1.57	26.3702381				
35	63	1.57	25.5588462			1	
12	47	1.5	20.8888889				1
36.4	64	1.56	26.2984878			1	
34	72	1.53	30.757401		1		
22	67	1.53	28.6214704		1		
6.4	75	1.43	36.6766101	1			
19.2	69	1.63	25.9701155			1	
10	60	1.6	23.4375				
16.4	59	1.57	23.9360623			1	
10	64	1.47	29.6172891		1		
22.3	61	1.51	26.7532126		1		
23.3	59	1.56	24.2439185			1	
37	72	1.59	28.4798861			1	
17	52	1.5	23.1111111			1	
11	50	1.45	23.7812128			1	
35.4	94	1.51	41.226262	1			
5	53	1.6	20.703125			1	
23.3	60	1.45	28.5374554		1		
12	63	1.47	29.154519		1		
22.4	85	1.55	35.3798127	1			
36.4	60	1.54	25.2993759			1	
16.5	66	1.54	27.8293135		1		
11	55	1.43	26.8961807		1		

10.4	55	1.64	20.4491374			1	
13	53.5	1.56	21.9838922			1	
25	73	1.56	29.9967127		1		
22	55	1.57	22.3132784			1	
17	59	1.65	21.671258			1	
<b>Total</b>				<b>11</b>	<b>43</b>	<b>79</b>	<b>8</b>
<b>Porcentaje</b>				<b>8%</b>	<b>30.5%</b>	<b>56%</b>	<b>5.6%</b>





**ANEXO A 4**

**ENCUESTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO  
DEL IMPACTO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUERIDA MAMITA**

**HÁBITOS PARA LA MUJER GESTANTE**

Nombre y  
Apellido.....

Edad.....Semana de Gestación.....Nº de  
hijos.....

Municipio.....Comunidad.....  
....

Establecimiento de  
Salud.....

1. ¿En sus anteriores embarazos sus hijos nacieron cumpliendo los 9 meses de embarazo?

Si                      No  $\implies$  ¿Por qué?

.....

.....

2. ¿Tiene hijos fallecidos? ( ya sea antes o después de nacer)

Si                      No



¿Conoce la causa de la  
muerte?.....

.....

....

3. ¿Ha realizado controles prenatales? ¿Cuántos?

Si  No

4. ¿Sabía usted que el crecimiento y el desarrollo de su futuro hijo depende del tipo de alimentación que tiene?

Si                      No

5. Ahora que está embarazada, ¿Se alimenta igual que antes de estarlo?



Si                      No  $\implies$  Comente cuales han sido las variaciones.....

.....  
.....  
.....

6. ¿Sabe de algunos alimentos que sean buenos comerlos durante el embarazo? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....                      .....                      .....  
.....

7. ¿Sabe de algunos alimentos que sean malos comerlos durante el embarazo? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....                      .....                      .....  
.....

8. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le gustan más ahora que está embarazada?

.....                      .....                      .....  
.....

9. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le no le gustan ahora que está embarazada?

.....                      .....                      .....  
.....

10. ¿Cuántas veces come al día?

11. ¿Qué tipo de alimentos contiene su rutina alimentaria?

Desayuno

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Almuerzo**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Cena**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANEXO A 5**

**ENCUESTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO  
DEL IMPACTO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUERIDA MAMITA**

**HÁBITOS PARA LA MADRE CON NIÑO MENOR DE 6 MESES**

Nombre y Apellido.....

Edad.....Nº de hijos.....

Municipio.....Comunidad.....  
....

Establecimiento de Salud.....

1. ¿Su niño recibe lactancia materna exclusiva?

Si                      No  $\implies$  ¿Por qué?  
.....  
.....

2. Ahora que está dando de lactar ¿Se alimenta igual que antes?

Si                      No  $\implies$  Comente cuales han sido las variaciones.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. ¿Sabe de algunos alimentos que sean buenos comerlos cuando está dando de lactar? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....  
.....

4. ¿Sabe de algunos alimentos que sean malos comerlos cuando está dando de lactar? Nombre

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

5. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le gustan más ahora que está dando de lactar?

.....	.....	.....
.....		

6. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le no le gustan ahora que está dando de lactar?

.....	.....	.....
.....		

7. ¿Cuántas veces come al día?

8. ¿Qué tipo de alimentos contiene su rutina alimentaria?

Desayuno

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

Almuerzo

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

Cena

.....	.....	.....
.....		

**ANEXO A 4**

**ENCUESTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO  
DEL IMPACTO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUERIDA MAMITA**

**HÁBITOS PARA LA MUJER GESTANTE**

Nombre y  
Apellido.....

Edad.....Semana de Gestación.....Nº de  
hijos.....

Municipio.....Comunidad.....  
....

Establecimiento de  
Salud.....

1. ¿En sus anteriores embarazos sus hijos nacieron cumpliendo los 9 meses de embarazo?

Si                      No  $\implies$  ¿Por qué?

.....

.....

2. ¿Tiene hijos fallecidos? ( ya sea antes o después de nacer)

Si                      No



¿Conoce la causa de la  
muerte?.....

.....

....

3. ¿Ha realizado controles prenatales? ¿Cuántos?

Si  No

4. ¿Sabía usted que el crecimiento y el desarrollo de su futuro hijo depende del tipo de alimentación que tiene?

Si                      No

5. Ahora que está embarazada, ¿Se alimenta igual que antes de estarlo?

Si                      No  $\implies$  Comente cuales han sido las variaciones.....

.....  
.....  
.....

6. ¿Sabe de algunos alimentos que sean buenos comerlos durante el embarazo? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....                      .....                      .....  
.....

7. ¿Sabe de algunos alimentos que sean malos comerlos durante el embarazo? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....                      .....                      .....  
.....

8. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le gustan más ahora que está embarazada?

.....                      .....                      .....  
.....

9. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le no le gustan ahora que está embarazada?

.....                      .....                      .....  
.....

10. ¿Cuántas veces come al día?

11. ¿Qué tipo de alimentos contiene su rutina alimentaria?

Desayuno

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Almuerzo**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Cena**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANEXO A 5**

**ENCUESTA PARA EL LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO  
DEL IMPACTO DEL SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUERIDA MAMITA**

**HÁBITOS PARA LA MADRE CON NIÑO MENOR DE 6 MESES**

Nombre y  
Apellido.....

Edad.....Nº de  
hijos.....

Municipio.....Comunidad.....  
....

Establecimiento de  
Salud.....

1. ¿Su niño recibe lactancia materna exclusiva?

Si                      No  $\implies$  ¿Por qué?  
.....  
.....

2. Ahora que está dando de lactar ¿Se alimenta igual que antes?

Si                      No  $\implies$  Comente cuales han sido las  
variaciones.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. ¿Sabe de algunos alimentos que sean buenos comerlos cuando está  
dando de lactar? Nombre

.....                      .....                      .....  
.....  
.....                      .....                      .....  
.....



4. ¿Sabe de algunos alimentos que sean malos comerlos cuando está dando de lactar? Nombre

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

5. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le gustan más ahora que está dando de lactar?

.....	.....	.....
.....		

6. ¿Hay algunos alimentos o comidas que le no le gustan ahora que está dando de lactar?

.....	.....	.....
.....		

7. ¿Cuántas veces come al día?

8. ¿Qué tipo de alimentos contiene su rutina alimentaria?

Desayuno

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

Almuerzo

.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		
.....	.....	.....
.....		

Cena

.....	.....	.....
.....		