

FORMULARIO ANEXO A MÓDULO 3. EXCLUSIVO PARA
EL/LA NIÑO/NIÑA SELECCIONADO/A
(TODAS LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A ÉL/ELLA)

CONTROL OPERATIVO						
1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita	
Día	Mes	Año				
1. _ _	_ _	_ _ _ _	Acompañamiento	1 <input type="checkbox"/>	Completa	1 <input type="checkbox"/>
2. _ _	_ _	_ _ _ _	Verificación personal	2 <input type="checkbox"/>	Incompleta	2 <input type="checkbox"/>
3. _ _	_ _	_ _ _ _	Verificación telefónica	3 <input type="checkbox"/>	Ausente	3 <input type="checkbox"/>
			Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	4 <input type="checkbox"/>
4.	Encuestador/a	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Otra	5 <input type="checkbox"/>
6.	Supervisor/a	Identificación	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
						5. ¿Revisó el formulario?
						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

RÓTULO

ENTREVISTADORA/A: La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la última fecha de la visita al hogar (hace DOS AÑOS atrás para Primer Seguimiento y TRES AÑOS Y MEDIO para la Línea de Base). En estos casos, para ayudar al/la entrevistado/a a recordar mencione: "Desde hace DOS AÑOS/ TRES AÑOS Y MEDIO, cuando pesaron y midieron al/la niño/niña y le tomaron la muestra de sangre y después lo/la llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley por última vez..."

ENTREVISTADORA/A: El/La informante es la madre biológica del/la niño/niña seleccionado/a y en segunda opción el/la cuidador/a principal

I. IDENTIFICACIÓN

101. Nombre y número de orden del/la niño/niña seleccionado/a: _____

II. INTERACCIÓN CON MADRE Y PADRE BIOLÓGICOS (si ellos no viven en el hogar)

ENTREVISTADORA/A: Revise la estructura del hogar (reporte de seguimiento) para diligenciar las preguntas 201 y 205.

201. La madre biológica de (niño/niña seleccionado/a):	Usualmente vive en este hogar 1 <input type="checkbox"/>	→205
	Está viva pero no vive en este hogar 2 <input type="checkbox"/>	→203
	Se murió 3 <input type="checkbox"/>	
202. ¿En qué año murió la madre biológica de (niño/niña seleccionado/a)?	_ _ _ _	→205
203. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar la madre biológica de (niño/niña seleccionado/a)?	_ _ _ _ Nunca ha vivido en este hogar 1 <input type="checkbox"/>	
204. ¿Con qué frecuencia ve (niño/niña seleccionado/a) a su madre biológica?	Muy frecuentemente (varias veces por semana) 1 <input type="checkbox"/>	
	Ocasionalmente (algunas veces al mes) 2 <input type="checkbox"/>	
	Rara vez (algunas veces al año o menos) 3 <input type="checkbox"/>	
	Nunca 4 <input type="checkbox"/>	

204a. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por la madre biológica de (niño/niña seleccionado/a) y cuál es el último año aprobado en ese nivel por ella?

Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
Ninguno →205		
Preescolar	1 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Primaria	2 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Secundaria	3 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Técnica o Tecnológica	4 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Superior o Universitaria	5 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Postgrado	6 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

205. El padre biológico de (niño/niña seleccionado/a):	Usualmente vive en este hogar <input type="checkbox"/>	→ III
	Está vivo pero no vive en este hogar <input type="checkbox"/>	→ 207
	Se murió <input type="checkbox"/>	
206. ¿En qué año murió el padre biológico de (niño/niña seleccionado/a)?	_____	→ III
207. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar el padre biológico de (niño/niña seleccionado/a)?	_____	
	Nunca ha vivido en este hogar <input type="checkbox"/>	
208. ¿Con qué frecuencia ve (niño/niña seleccionado/a) a su padre biológico?	Muy frecuentemente (varias veces por semana) <input type="checkbox"/>	
	Ocasionalmente (algunas veces al mes) <input type="checkbox"/>	
	Rara vez (algunas veces al año o menos) <input type="checkbox"/>	
	Nunca <input type="checkbox"/>	
209. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por el padre biológico de (niño/niña seleccionado/a) y cuál es el último año aprobado en ese nivel por él?		
Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
Ninguno → III		
Preescolar	1 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Primaria	2 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Secundaria	3 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Técnica o Tecnológica	4 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Superior o Universitaria	5 <input type="checkbox"/> →	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

III. USO DEL TIEMPO

ENTREVISTADOR/A: Solicite al/a la informante las actividades desarrolladas por el/la niño/niña seleccionado/a el día anterior (o el último día entre semana, si el día anterior fue un fin de semana o festivo).

Pensando en lo que hizo (niño/niña seleccionado/a) ayer, ¿puede decirme dónde y con quién estuvo en los diferentes momentos del día? Podría ser útil pensar primero en lo que pasó en las primeras horas de la mañana: ¿con quién estuvo (niño/niña seleccionado/a) después de que se despertó y hasta la hora de almuerzo? ¿Cuántas horas pasó con esta persona o en el establecimiento donde lo cuidan?

ENTREVISTADOR/A: Repita el mismo ejercicio para el tiempo entre el almuerzo y la comida, y entre la comida y la hora de irse a dormir.

301. Con base al sondeo (preguntas anteriores) compile la siguiente información:

a. Hora	b. Estuvo bajo el cuidado de:	c. Registre el número de orden con el que esta persona está registrada en la estructura del hogar	d. ¿Quién?
			1. Madre biológica 2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5) 3. Padre biológico 4. Madrastra 5. Padrastro 6. Abuela/o 7. Hermana/o 8. Otro, ¿quién? (especificar)
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _____ A: _____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> → Siguiendo actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →

De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →
De: _ _ : _ _ A: _ _ : _ _	Un miembro del hogar Un establecimiento de cuidado Una persona externa al hogar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → Siguiete actividad 3 <input type="checkbox"/> → d	_ _ ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> →

ENTREVISTADORA: La siguiente batería de preguntas se refiere a cada una de las personas mencionadas en la pregunta anterior (301) más la madre. Transcriba en el encabezado de cada columna (parte sombreada) las personas que fueron mencionadas en 301.c y/o 301.d.

Todas las preguntas a continuación (302- 310) se refieren al día anterior o al último día entre semana, si el día anterior fue un fin de semana o festivo.

	a. Madre Biológica	b.	c.	d.	e.	f.	g.	
302. Pensando de nuevo en el día de ayer y en particular en lo que hizo (niño/niña seleccionado/a), ¿pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo sólo con (niño/niña seleccionado/a) jugando con sus juguetes?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
303. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando con (niño/niña seleccionado/a) con sus juguetes y junto con otros niños y/o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
303a. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando en general (escondite, fútbol, juego de roles o fantasías) sólo con (niño/niña seleccionado/a)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
303b. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando en general (escondite, fútbol, juego de roles o fantasías) con (niño/niña seleccionado/a) junto con otros niños y/o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
304. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando (dibujando, pintando, bailando, etc.) solo con (niño/niña seleccionado/a)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
305. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando (dibujando, pintando, bailando, etc.) con (niño/niña seleccionado/a) junto con otros niños y/o niñas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _____ _____ _____ _____ _____ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>

	a. Madre Biológica	b.	c.	d.	e.	f.	g.
306. ¿Pasó (indicar persona (a-g) algún tiempo leyendo o contando historias sólo a (niño/niña seleccionado(a))?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
307. ¿Pasó (indicar persona (a-g) algún tiempo leyendo o contando historias a (niño/niña seleccionado/a) junto con otros niños y/o niñas?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
307a. ¿Pasó (indicar persona (a-g) algún tiempo enseñando los números y las letras (contando, leyendo, etc.) sólo con (niño/niña seleccionado/a)?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
307b. ¿Pasó (indicar persona (a-g) algún tiempo enseñando los números y las letras (contando, leyendo, etc.) con (niño/niña seleccionado/a) junto con otros niños y/o niñas?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
308. ¿Pasó (indicar persona (a-g) algún tiempo cuidando a (niño/niña seleccionado(a)) en actividades como vestirlo/a, bañarlo/a, darle comida, cepillarle los dientes, cambiando el pañal, etc.)?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
309. ¿Llevó (indicar persona (a-g) a (niño/niña seleccionado/a) a jugar fuera de la casa, por ejemplo al parque (es decir, en el exterior)?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>
310. ¿Llevó (indicar persona (a-g) a (niño/niña seleccionado/a) a algún establecimiento de cuidado?)	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuánto tiempo dedicó a estas actividades? (HH, MM) _ _ : _ _ No2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>

311. ¿Fue el día al que se refieren las respuestas anteriores (<i>día anterior o el último día entre semana si el día anterior fue fin de semana o festivo</i>) un día de actividades normales para el/la niño/niña seleccionado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
311a. Pensando de nuevo en el día de ayer, ¿cuánto tiempo pasó (niño/niña seleccionado/a) mirando televisión?	____ Horas No miró televisión 2 <input type="checkbox"/>
312. En los últimos 7 días contados hasta ayer , ¿se ha quedado (niño/niña seleccionado/a) solo o al cuidado de otro niño/niña menor de 10 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → IVa
313. ¿Durante cuántas horas? (Por favor, indique el total de horas que el/la niño/niña se ha quedado solo o al cuidado de un menor de 10 años durante toda la semana (es decir, horas acumuladas))	____ Horas

IVa. SALUD	
401. Durante los últimos 15 días , contados hasta hoy, ¿dejó (niño/niña seleccionado/a) de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a la guardería/escuela) debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? ____ No 2 <input type="checkbox"/>
402. Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> , ¿dejó (niño/niña seleccionado/a) de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a la guardería/escuela) durante 7 DIAS CONSECUTIVOS o más debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? ____ No 2 <input type="checkbox"/>
403. Desde <i>hace DOS AÑOS (FECHA)</i> hasta hoy, ¿padeció alguna enfermedad (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cáncer, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

IVc. MORBILIDAD	
410. ¿Tiene (niño/niña seleccionado/a) alguna anomalía congénita seria o incapacidad permanente? ☛ <i>Entrevistador/a: por ejemplo, ceguera, sordera, falta de habla, espina bífida, labio paladar hendido agudo, alteración en la formación de los miembros, síndrome de Down, etc.</i>	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuál? No 2 <input type="checkbox"/>
411. Durante los últimos 15 días , contados hasta hoy, ¿tuvo (niño/niña seleccionado/a) diarrea o soltura de estómago?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 414
412. ¿Cuántos días duró o lleva (niño/niña seleccionado/a) con esa diarrea o soltura del estómago?	____ días
413. ¿Cuántas veces evacuó o hizo del cuerpo (niño/niña seleccionado/a) el día en que estuvo más enfermo/a de diarrea?	____ veces
414. Durante los últimos 15 días , contados hasta hoy, ¿tuvo (niño/niña seleccionado/a) gripa, tos o resfriado con fiebre ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → VI
415. ¿Cuántos días duró o lleva (niño/niña seleccionado/a) con esa gripa, tos o resfriado con fiebre ?	____ días
416. Cuándo (niño/niña seleccionado/a) estaba enfermo/a, ¿respiraba más agitadamente que otras veces, con respiración corta y rápida?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VI. CUESTIONARIO DE CAPACIDADES Y DIFICULTADES (SDQ-Cas)			
601. A continuación, le voy a leer una serie de características que describen el comportamiento (la forma de ser) de los/las niños/niñas. Quiero que por favor piense en el comportamiento de (niño/niña seleccionado/a) durante los últimos 6 meses y me indique qué tanto/con qué frecuencia (niño/niña seleccionado/a) mostró dicho comportamiento.			
☛ <i>Entrevistador/a: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento del/la niño/niña en los últimos 6 meses. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '0. Nunca', '1. A Veces', '2. Siempre'.</i>			
Tenga en cuenta que para las preguntas 11, 14 y 23 (marcadas con un (*)), las opciones de respuesta se deben reemplazar por: '0. No es Cierto', '1. Un Poco Cierto', '2. Totalmente Cierto'.			
	0. Nunca	1. A Veces	2. Siempre
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte frecuentemente con otros/as niños/niñas sus dulces, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fácilmente tiene pataletas, rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece preocupado/a, intranquilo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Está continuamente moviéndose, es demasiado activo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0. No es Cierto	1. Un Poco Cierto	2. Totalmente Cierto
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amiguito/a (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0. Nunca	1. A Veces	2. Siempre
12. Pelea con frecuencia con otros/as niños/niñas o los/las molesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado/a o lloroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0. No es Cierto	1. Un Poco Cierto	2. Totalmente Cierto
14. Por lo general le cae bien a los otros/as niños/niñas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0. Nunca	1. A Veces	2. Siempre
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ante nuevas situaciones, es nervioso/a, se vuelve dependiente de usted o de algún adulto y fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Trata bien a los/las niños/niñas más pequeños/as que él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los/Las otros/as niños/niñas lo/a molestan o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo se ofrece para ayudar (a los papás, profesores, otros niños, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Se lleva cosas que no son de él/ella sin permiso en la casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0. No es Cierto	1. Un Poco Cierto	2. Totalmente Cierto
23. Se lleva mejor con adultos que con otros/as niños/niñas (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0. Nunca	1. A Veces	2. Siempre
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. CUESTIONARIO DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (CBQ)

701. Vamos a seguir hablando del comportamiento de (niño/niña seleccionado/a) en los últimos 6 meses. Le voy a leer una serie de situaciones y quiero que por favor piense cómo ha reaccionado (niño/niña seleccionado/a) ante ellas. Por supuesto que no hay una respuesta correcta ni incorrecta: todos reaccionamos de forma distinta ante la vida! Justamente estamos interesados en conocer esas distintas reacciones.

Para cada una de las frases que le voy a leer por favor dígame qué tan cierta (o falsa) es cada una de estas situaciones para (niño/niña seleccionado/a)

Entrevistador/a: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento de (niño/niña seleccionado/a) en los últimos 6 meses. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '1. Nada Cierto o Totalmente Falso', '2. Un Poco Falso', '3. Ni Cierto ni Falso', '4. Un Poco Cierto' y '5. Totalmente Cierto'. La opción '6. No Sucedió' aplica cuando la/el entrevistado/a nunca ha visto al/la niño/niña seleccionado/a en la situación descrita y en consecuencia, no puede valorar el comportamiento del/la niño/niña seleccionado/a en dicha situación.

	1. Totalmente Falso	2. Un Poco Falso	3. Ni Cierto ni Falso	4. Un Poco Cierto	5. Totalmente Cierto	6. No Sucedió
1. Cuando se le pide, (niño/niña seleccionado/a) baja la voz	<input type="checkbox"/>					
2. Normalmente, cuando recoge juguetes o está ocupado/a en otra tarea, (niño/niña seleccionado/a) continúa hasta que termina la tarea	<input type="checkbox"/>					
3. A (niño/niña seleccionado/a) le va bien con los juegos de memoria o de seguir instrucciones como por ejemplo "Para y Siga" o "Congelados" o "Simón Dice"	<input type="checkbox"/>					
4. A (niño/niña seleccionado/a) le cuesta seguir instrucciones (obedecer)	<input type="checkbox"/>					
5. A (niño/niña seleccionado/a) cuando realiza una actividad, le cuesta mantener su atención en lo que hace	<input type="checkbox"/>					
6. (Niño/niña seleccionado/a) cambia de una actividad a otra sin terminar ninguna de las dos	<input type="checkbox"/>					
7. (Niño/niña seleccionado/a) prepara las cosas o los útiles que necesitará cuando sale de viaje o de paseo	<input type="checkbox"/>					
8. Si se le pide, (niño/niña seleccionado/a) puede esperar antes de iniciar una nueva actividad	<input type="checkbox"/>					
9. A (niño/niña seleccionado/a) le cuesta hacer fila esperando para algo	<input type="checkbox"/>					
10. A (niño/niña seleccionado/a) le resulta difícil permanecer sentado/a y callado/a cuando debe o cuando se le pide (en la iglesia, en una reunión, etc.)	<input type="checkbox"/>					
11. (Niño/niña seleccionado/a) es capaz de aguantar la risa o sonrisa cuando no es apropiado reír	<input type="checkbox"/>					
12. (Niño/niña seleccionado/a) muestra mucha concentración cuando dibuja o colorea en un cuaderno	<input type="checkbox"/>					
13. (Niño/niña seleccionado/a) es bueno/a siguiendo instrucciones	<input type="checkbox"/>					
14. Cuando juega con un rompecabezas o juegos de construcción, ___ se concentra mucho en lo que está haciendo y juega durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>					
15. (Niño/niña seleccionado/a) se acerca lenta y cautelosamente (con cuidado) a lugares que le han dicho que son peligrosos	<input type="checkbox"/>					
16. A (niño/niña seleccionado/a) le cuesta dejar una tarea o proyecto que ha empezado	<input type="checkbox"/>					
17. (Niño/niña seleccionado/a) no pone mucho cuidado al cruzar la calle	<input type="checkbox"/>					

18. Cuando se le dice "no", (niño/niña seleccionado/a) fácilmente puede dejar de hacer algo (juego, tarea, actividad)	<input type="checkbox"/>					
19. (Niño/niña seleccionado/a) se distrae fácilmente cuando escucha un cuento/historia	<input type="checkbox"/>					
20. (Niño/niña seleccionado/a) fácilmente es capaz de resistir la tentación de hacer algo cuando se le dice que no debe hacerlo	<input type="checkbox"/>					
21. A veces, (niño/niña seleccionado/a) se queda concentrado/a mirando un dibujo de un libro durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>					
22. A (niño/niña seleccionado/a) le cuesta concentrarse en una actividad cuando hay ruidos alrededor que le distraen	<input type="checkbox"/>					

V. ESCALA DE CALIDAD DE AMBIENTE DEL HOGAR	
Nos gustaría conocer más acerca de su hogar y saber sobre lo que usted hace en el tiempo que pasa con (niño/niña seleccionado/a):	
501. ¿Me podría mostrar cuántos libros para adultos hay en el hogar, es decir, los libros que hay en su casa sin incluir libros escolares, libros para niños ni las cartillas de Familias en Acción?	No hay <input type="checkbox"/> 0 Entre 1 y 2 <input type="checkbox"/> 1 Entre 3 y 5 <input type="checkbox"/> 2 6 ó más <input type="checkbox"/> 3
Entrevistador/a: Registre el número libros que observa	
502. ¿Me podría mostrar cuántas revistas y periódicos hay en el hogar?	No hay <input type="checkbox"/> 0 Entre 1 y 2 <input type="checkbox"/> 1 Entre 3 y 5 <input type="checkbox"/> 2 6 ó más <input type="checkbox"/> 3
Entrevistador/a: Registre el número de revistas y periódicos que observa	
503. Ahora me gustaría saber con qué cosas, por lo general, juega (niño/niña seleccionado/a) actualmente cuando está en casa . Por favor, muéstreme las cosas con las que él/ella juega incluyendo juguetes hechos en casa, juguetes comprados u otros objetos.	
ENTREVISTADOR/A: Para cada una de las siguientes categorías, marque la opción adecuada en función del número de juguetes que usted observa . Anote sólo cosas que usted observe . Nótese que un mismo juguete puede aplicar en varias categorías y recuerde no pasar más de un tiempo razonable realizando esta tarea. Recuerde también que debe anotar juguetes con los que él/la niño/niña seleccionado/a juega normalmente en la actualidad .	
a. Juguetes hechos en casa	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __
b. Juguetes comprados en una tienda o que se pueden comprar en una tienda (fabricados)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay menos de 4 <input type="checkbox"/> 1 Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/> 2 Hay más de 8 <input type="checkbox"/> 3
c. Juguetes con los que se produce o se toca música (no sólo ruido) y/o imágenes (audiovisuales)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1
d. Juguetes (objetos) para armar o construir (bloques de madera o plástico, armado, rompecabezas, tapete de figuras, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1
e. Cosas para pintar o escribir (crayolas, colores, témperas, papel, cuadernos, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1
f. Juguetes que requieren mucho movimiento físico (pelota, lazo, bates o raquetas, carro de jalar o de empujar, caballito de madera, triciclo, bicicleta, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay menos de 4 <input type="checkbox"/> 1 Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/> 2 Hay más de 8 <input type="checkbox"/> 3
g. Muñecos, muñecas y objetos para el juego de roles o juego de fantasías (tazas, platos, disfraces, etc. para jugar a los médicos, a las cocinas, a papás y a mamás, a los profesores, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay 1 ó 2 <input type="checkbox"/> 1 Hay 3 ó 4 <input type="checkbox"/> 2 Hay entre 5 y 8 <input type="checkbox"/> 3 Hay más de 8 <input type="checkbox"/> 4
Entrevistador/a: Incluir todos los objetos en el hogar que se usen como juguete.	
h1. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) de la intervención (set de 8 libros)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __
Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición	
h2. Otros libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __
Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de control y sólo nutrición	
h2a. Libros infantiles de cuentos (con imágenes) (no incluir libros escolares o libros de texto)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __
Entrevistador/a: Marque "0" en municipios de estimulación (con o sin nutrición)	
h3. Libros para colorear (no incluir libros escolares o libros de texto)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __
i. Juguetes para aprender formas, tamaños y/o colores (armado, bloques de madera de diferentes formas y colores, tapete de figuras, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay menos de 4 <input type="checkbox"/> 1 Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/> 2 Hay más de 8 <input type="checkbox"/> 3
j. Rompecabezas	No hay <input type="checkbox"/> 0 Hay <input type="checkbox"/> 1 → b. ¿Cuántos? __

k. Juguetes y juegos para aprender los números	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? __ __	
l. Juguetes y juegos para aprender los nombres de los animales	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? __ __	
504. ¿Hay algún espacio o lugar específico (físico) en el hogar en el que (niño/niña seleccionado/a) tenga la mayoría de sus juguetes (e identifique como propio)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
504b. ¿Hay algún espacio o lugar específico (físico) en el hogar en el que (niño/niña seleccionado/a) habitualmente se siente a pintar, dibujar, escribir, etc. (e identifique como propio)?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
505. En los últimos 3 días contados hasta ayer, ¿usted o algún miembro del hogar mayor de 15 años realizó las siguientes actividades con (niño/niña seleccionado/a)?			
a. leer libros, ver cuentos de imágenes o mirar las imágenes o dibujos de un libro	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
b. contarle cuentos o historias	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
c. cantar canciones	Sí 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>
d. salir a pasear por fuera de la casa; por ejemplo, al parque, a la plaza o a la tienda	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
e. jugar con sus juguetes	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
f. dibujar, pintar, jugar a hacer garabatos en papel	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
f1. escribir (su nombre, las letras, etc.)	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
g. jugar a nombrar objetos o colores	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
g1. jugar a contar objetos o a decir los números	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	b. ¿Cuántas veces? __ __	No 2 <input type="checkbox"/>
506a. Cuando (niño/niña seleccionado/a) se porta mal o hace algo mal (que no debería hacer), por lo general, ¿usted qué hace? <i>ENTREVISTADOR/A: Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente</i>		Le grita que pare y se porte bien 1 <input type="checkbox"/> Le dice que pare y se porte bien 2 <input type="checkbox"/> Le pega para que aprenda 3 <input type="checkbox"/> Le quita algo que le gusta, de forma temporal 4 <input type="checkbox"/> Lo manda a algún lado donde esté solo durante un rato 5 <input type="checkbox"/> Lo distrae con algo 6 <input type="checkbox"/> Le explica por qué lo que ha hecho está mal 7 <input type="checkbox"/> No hace nada 8 <input type="checkbox"/>	
507. Cuando (niño/niña seleccionado/a) se porta bien o hace algo bien, normalmente, ¿cómo responde usted? <i>ENTREVISTADOR/A: Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente</i>		Lo/La felicita con palabras/expresiones como: "Bravo", "Bien hecho", "Así se hace" 1 <input type="checkbox"/> Lo/La aplaude 2 <input type="checkbox"/> Le da muestras físicas de cariño como: lo/la besa, abraza y/o acaricia 3 <input type="checkbox"/> Le recompensa: le ofrece algo que quiere, le da un dulce, etc. 4 <input type="checkbox"/> No hace nada 5 <input type="checkbox"/>	→ ⊗
508. En un día normal, cuando (niño/niña seleccionado/a) se porta bien o hace algo bien, ¿con qué frecuencia le dice palabras o le da muestras de cariño como la que me acaba de mencionar? <i>ENTREVISTADOR/A: Haga referencia a las respuesta señalada en 507</i>		Raramente 1 <input type="checkbox"/> Sólo algunas veces 2 <input type="checkbox"/> Cada vez que hace algo bien 3 <input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES: