

100a. ENTREVISTADORA/A: Nombre del/la cuidador/a principal en la última visita hace DOS AÑOS (FECHA) / TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA): _____			
100b. ENTREVISTADORA/A: ¿El/La cuidador/a principal es la misma persona que en la última visita hace DOS AÑOS (FECHA) / TRES AÑOS Y MEDIO (FECHA)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	→ 100e
100b.1 ENTREVISTADORA/A: ¿Cuál es el sexo del/la cuidador/a principal actual?	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	
100c. ¿Desde hace cuántos meses está cuidando a (niño/niña seleccionado/a)?	_ _ meses		
100d. ¿Cuál es su relación con (niño/niña seleccionado/a)?	Padre biológico <input type="checkbox"/>	Madrastra <input type="checkbox"/>	Padrastra <input type="checkbox"/>
	Abuela/o <input type="checkbox"/>	Tía/o <input type="checkbox"/>	Otro ¿quién? (Especifique) _____ <input type="checkbox"/>
100e. ¿Es este el mismo cuidador/a que para el/la hermano/a inmediatamente menor de (niño/niña seleccionado/a)?	Sí <input type="checkbox"/> → 101	No <input type="checkbox"/>	NA3 <input type="checkbox"/> → 101
100f. ¿Cuál es su relación con el/la hermano/a inmediatamente menor de (niño/niña seleccionado/a)?	Madre biológica <input type="checkbox"/>	Cuidador Principal – si aplica <input type="checkbox"/>	Padre biológico <input type="checkbox"/>
	Madrastra <input type="checkbox"/>	Padrastra <input type="checkbox"/>	Abuela/o <input type="checkbox"/>
	Hermana/o <input type="checkbox"/>	Otro ¿quién? (Especifique) _____ <input type="checkbox"/>	
101. ENTREVISTADORA/A: ¿Vive el/la cuidador/a principal en el mismo hogar que (niño/niña seleccionado/a)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	→ 103
102. Nombre, apellido y número de orden de la persona:	_____ _ _		→ III
103. Nombre y apellido	_____		
104. Fecha de Nacimiento:	Día _ _ Mes _ _ Año _ _ _ _		
105. Dirección: _____	106. Barrio o Vereda: _____		

106a. Correo electrónico: _____		
107a. Teléfono fijo: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	b. Teléfono celular: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
108. ¿Cuál es su estado civil?	Unión libre 1 <input type="checkbox"/> Casado/a 2 <input type="checkbox"/> Viudo/a 3 <input type="checkbox"/> Separado/a o divorciado/a 4 <input type="checkbox"/> Soltero/a 5 <input type="checkbox"/>	
109. ¿Cuál es su relación con el jefe de su hogar?	Jefe de Hogar 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero/a 2 <input type="checkbox"/> Hijo/a 3 <input type="checkbox"/> Hijastro/a 4 <input type="checkbox"/> Yerno o nuera 5 <input type="checkbox"/> Nieto/a 6 <input type="checkbox"/> Padre o madre 7 <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra 8 <input type="checkbox"/> Suegro/a 9 <input type="checkbox"/> Hermano/a o cuñado/a 10 <input type="checkbox"/> Otro pariente 11 <input type="checkbox"/> Amigo/a, no pariente 12 <input type="checkbox"/>	
110. ¿Cuántas personas incluido/a usted viven en su hogar?	_ _	
111. ¿Cuántos niños/niñas menores de 6 años de edad viven en su hogar?	_ _	
112. ¿Tiene usted algún hijo/a biológico/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 118	
113. ¿Cuántos hijos hombres tiene usted?	_ _	
114. ¿Cuántas hijas mujeres tiene usted?	_ _	

115.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su primer hijo/a?	a. Día __ b. Mes __ c. Año __ __ __	
116.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo/a?	No aplica sólo tiene un hijo/a 1 <input type="checkbox"/> a. Día __ b. Mes __ c. Año __ __ __	
116a.	 ENTREVISTADORA: Revise pregunta 104, ¿la edad está entre 10 y 49 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→118
117.	¿Está usted embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NA 3 <input type="checkbox"/>	
118.	De acuerdo con sus características culturales, considera que pertenece usted a: (lea opciones)	Alguna etnia Indígena 1 <input type="checkbox"/> Comunidad Afro-descendiente 2 <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico 3 <input type="checkbox"/>	
119.	¿A su hogar le han hecho la encuesta del SISBEN?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	→122 →122
120.	¿En qué año le hicieron la encuesta del SISBEN por última vez?	Año __ __ __ __ No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
121.	¿En qué nivel lo clasificaron?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No Sabe 7 <input type="checkbox"/> 8 Puntaje __ __ __ __	
122.	¿Es afiliado/a o beneficiario/a de algún sistema de salud?	EPS Régimen Contributivo 1 <input type="checkbox"/> EPS Régimen Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Régimen especial 3 <input type="checkbox"/> No afiliado/a 4 <input type="checkbox"/>	
123.	¿Tiene usted carta de desplazado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

II. EDUCACIÓN

201.	¿Sabe leer?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
202.	¿Sabe escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
203.	¿Ha asistido alguna vez a la escuela o colegio, incluyendo preescolar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuál es el último año aprobado en ese nivel por ____?			
Nivel Educativo		1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados
Ninguno <input type="checkbox"/> → 205			
204.	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"/>
205.	¿Asiste actualmente ____ a un establecimiento educativo (aunque esté en vacaciones)?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → III
206.	ENTREVISTADORA: ¿El nivel educativo alcanzado por _____ a la fecha de esta visita es igual o superior a secundaria completa (6 años aprobados)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
207.	En una semana normal, ¿cuántos días a la semana asiste ____ al establecimiento educativo?	_ Días	
208.	En promedio, en un día normal, ¿cuántas horas asiste _____ al día?	_ Horas	
209.	En los últimos 20 días de escuela, ¿cuántos días en total dejó de asistir _____ a la escuela (excluyendo los días de vacaciones)?	_ _ Días No dejó de asistir 0 <input type="checkbox"/>	

III. SALUD

ENTREVISTADORA: De aquí en adelante esto aplica para todos los/las cuidadores/as principales (diferentes de la mamá), ya sea que vivan en el hogar o que vivan fuera de él.

301.	Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿dejó usted de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer quehaceres de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? __ __ No 2 <input type="checkbox"/>
302.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA), ¿dejó Ud. de realizar sus actividades normales/diarias (como ir a trabajar, hacer que hacer de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos) 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"/>
303.	Desde hace DOS AÑOS (FECHA) hasta hoy, ¿padeció alguna enfermedad (por ejemplo: diabetes, enf. cardiovascular, enf. bronquial, cirrosis, osteoporosis, cáncer, etc.)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
304.	¿Tiene usted alguna dificultad permanente para...	
	a. Caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Hacer actividades vigorosas como correr o transportar objetos pesados	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Ver, escuchar, o hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Bañarse o vestirse	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Concentrarse, aprender o acordarse de las cosas	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

ENTREVISTADORA: En las preguntas 401, 402, 405 Y 406 mencione el nombre del/la niño/niña seleccionado/a

IV. FUERZA DE TRABAJO		
401.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana cuida usted de _____?	__ __ días
402.	En una semana normal, de lunes a domingo, en promedio, ¿cuántas horas al día pasa usted cuidando a _____?	__ __ horas
403.	¿Recibe usted un pago por realizar esta actividad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 405

404.	¿Cuánto dinero recibe y con qué frecuencia?	a.\$ _____ b. Día 1 <input type="checkbox"/> Semana 2 <input type="checkbox"/> Cada diez días 3 <input type="checkbox"/> Cada quince días 4 <input type="checkbox"/> Mes 5 <input type="checkbox"/> Otro(especifique) _____ 6 <input type="checkbox"/>
405.	Normalmente, ¿dónde cuida usted a _____?	Casa del/la niño/niña seleccionado/a 1 <input type="checkbox"/> Su casa (la del/la cuidador/a) 2 <input type="checkbox"/> En un centro/establecimiento de cuidado 3 <input type="checkbox"/> Otro 4 <input type="checkbox"/>
406.	Normalmente durante el cuidado de ____, ¿cuántos niños/niñas tiene usted a su cargo al mismo tiempo?	Sólo el/ella 0 <input type="checkbox"/> Número de niños/niñas __ _
407.	<i>ENTREVISTADOR/A: preguntar sobre la actividad principal y marcar sólo una opción</i> ¿Realiza usted alguna otra actividad principal además de la anterior (es decir, además de cuidar del/la niño/niña seleccionado/a)?	Sí, Obrero/a, empleado/a 1 <input type="checkbox"/> Sí, jornalero/a, peón 2 <input type="checkbox"/> Sí, empleada doméstica 3 <input type="checkbox"/> Sí, trabajador independiente o por cuenta propia 4 <input type="checkbox"/> Sí, patrón, dueño o socio de un negocio, finca o parcela 5 <input type="checkbox"/> Sí, trabajador familiar o ayudante sin remuneración (incluye ama de casa) 6 <input type="checkbox"/> Sí, estudio 7 <input type="checkbox"/> No, no realizó ninguna otra actividad 8 <input type="checkbox"/> → V
408.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántas horas al día dedica usted a esta actividad?	__ _ horas
409.	En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana dedica usted a esta actividad?	__ _ días

V. USO DEL TIEMPO

ENTREVISTADOR/A: en las preguntas 503a, 503b y 503c mencione el nombre del/la niño/niña seleccionado/a

Durante el último día laborable (de lunes a viernes), cuánto tiempo dedicó a _____:	
501. Trabajar por un jornal, salario o sueldo; o en un negocio propio (vendiendo productos, artesanías, etc.); o en su propia granja (cultivando la tierra, cuidando y criando animales, etc.)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
502. Trasládarse a trabajar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
502a. Realizar actividades como ir al mercado, al centro de salud, hospital, al banco, reuniones, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503a. Alimentar, vestir, bañar a _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503b. Jugar con _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
503c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con _____	a. __ _ horas b. __ _ minutos
504. Realizar actividades domésticas como cocinar, ayudar en oficios del hogar, lavar y planchar ropa, hacer compras de alimentos, coser, limpiar, cargar agua o leña, tirar la basura, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
505. Llevar/recoger a algún miembro de su hogar a/de la escuela/colegio, hogares sociales ó jardín, centro de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506a. Alimentar, vestir, bañar, dormir a los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506b. Jugar con los/las niños/niñas pequeños/as que son miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
506c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con los/las niños/niñas pequeños/as miembros de su hogar	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507. Cuidar a algún miembro del hogar que esté enfermo o cuidar a ancianos en el hogar que no puedan valerse por sí mismos (incluye alimentar, vestir, bañar, etc.)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507a. Mirar televisión	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507b. Su cuidado personal: por ejemplo, peinarse, arreglarse, hacerse la manicure, etc.	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507c. Visitar o pasar tiempo con familiares, vecinos y/o amigos (tomar tinto, ir de visita)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507d. Salir a dar una vuelta (visitar centro comercial y/o almacenes)	a. __ _ horas b. __ _ minutos
507e. Ir a misa o al culto	a. __ _ horas b. __ _ minutos

508. Otras actividades que no haya mencionado y a las cuales haya dedicado bastante tiempo (por ejemplo: (ayudar a vecinos o parientes, en labores comunitarias, etc.). Por favor especificar: _____	a. __ __ horas b. __ __ minutos
509. ¿Fue este último día laborable, un día laborable normal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VI. CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

601. A continuación le voy a leer algunas afirmaciones acerca de los/las niños/niñas pequeños/as. Algunas de estas afirmaciones le pueden parecer verdaderas y otras no tan verdades o incluso falsas. Por favor, piense acerca de lo que usted sabe sobre los/las niños/niñas pequeños/as y señálemelo de la siguiente escala lo que usted cree. No hay respuestas verdaderas o falsas. El objetivo de este ejercicio no es evaluar su conocimiento sobre el desarrollo de los/las niños/niñas ni juzgar su opinión. No se trata de un examen. Lo que nos interesa es conocer lo que usted piensa acerca de cada una de las afirmaciones.

👉 ENTREVISTADORA: Pida al/la entrevistado/a que responda pensando en el comportamiento de niños/niñas pequeños/as. Utilice la ayuda visual para explicarle al/la entrevistado/a las diferentes opciones de respuesta: '1. No es Cierto', '2. Es un Poco Cierto', '3. Es Cierto', '4. Muy Cierto o Totalmente Cierto'.

	1. No es Cierto	2. Es un Poco Cierto	3. Es Cierto	4. Muy Cierto o Totalmente Cierto
a. Mucha atención y cariño puede malcriar un/una niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si uno carga a un bebé cuando llora, lo enseña a querer estar alzado todo el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La inteligencia de los/las niños/niñas cambia muy poquito después de que nacen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Es bueno que los/las niños/niñas pasen tiempo jugando solos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Es mejor esperar hasta que los/las niños/niñas comprendan lo que uno les dice antes de contarles historias y cuentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Los/Las niños/niñas que conocen más palabras, aprenden a leer antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Felicitar o aplaudir mucho a un/una niño/niña lo vuelve creído/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Es importante que una mamá con muchas ocupaciones pase mucho tiempo jugando con su niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lo que una mamá haga con su niño/niña influye la capacidad de aprendizaje futura del/la niño/niña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. A los/las niños/niñas que conocen más palabras, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

