

ENTREVISTADOR(A): El informante debe ser la madre biológica del niño/niña seleccionado(a)

CONTROL OPERATIVO

1. Fecha de visita			2. Tipo de supervisión		3. Resultado de la visita		RÓTULO	
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"/>
4.				Ninguna	4 <input type="checkbox"/>	Se negaron a responder	4 <input type="checkbox"/>	
4. Encuestador(a) Identificación					Otra	5 <input type="checkbox"/>	4. ¿Revisó el formulario?	
5. Supervisor(a) Identificación								
7. ¿Es la madre biológica la informante?							Sí 1 <input type="checkbox"/> → I No 2 <input type="checkbox"/>	
8. Nombre del Informante: _____								

ENTREVISTADOR(A): La fecha que muestra el sistema en algunas preguntas corresponde a la fecha de la visita al hogar en línea de base. En estos casos, para ayudar al entrevistado a recordar mencione: "Desde la última vez que le entrevistaron, cuando pesaron y midieron al niño y le tomaron la muestra de sangre y después lo llevaron para que la psicóloga le aplicara el test de Bayley..."

I. USO DEL TIEMPO

Durante el último día laborable (de lunes a viernes), cuánto tiempo dedicó a.....:

101. 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
102. Trasladarse a trabajar, al mercado, al centro de salud, etc.	a. horas b. minutos
103. 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
104. Llevar/recoger a algún miembro de su hogar a/de la escuela, guardería ó jardín, centro de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. horas b. minutos
105. Alimentar, vestir, bañar a los niños/niñas pequeños(as) que son miembros del hogar	a. horas b. minutos
106. Jugar con los niños/niñas pequeños(as) que son miembros del hogar	a. horas b. minutos
107. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con los niños/niñas pequeños(as) miembros del hogar	a. horas b. minutos
108. 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
109. Mirar televisión	a. horas b. minutos

110. Su cuidado personal: por ejemplo, peinarse, arreglarse, hacerse la manicure, etc.	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
111. Visitar a pasar tiempo con familiares y/o vecinos	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
112. 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. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
113. ¿Fue este último día laborable, un día laborable normal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

II. EMPODERAMIENTO							
201. Para cada una de las siguientes situaciones, dígame quién toma la decisión respectiva:	Es sólo el padre quién decide	Es sólo la madre quién decide	Son los dos de común acuerdo	Otro hombre del hogar	Otra mujer del hogar	Todos	7.N.A 9.NS/NR
a. Si su hija o hijo se enferma, ¿quién decide cuándo hay que llevarlo al médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Si su hija o hijo no quiere ir a la escuela, ¿quién decide si tiene que ir o no?	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"/> 9 <input type="checkbox"/>
c. ¿Quién decide cuánto se gasta en la comida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
202. ¿Si usted recibiera una plata extra por cualquier motivo (como regalo o premio, etc.), considera que... ENTREVISTADOR(A): Lea las opciones y marque una sola respuesta	Usted debe decidir en qué usarla Se la debe dar a su marido Ambos deben decidir cómo usarla Debe consultar a otra persona del hogar NS/NR					1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
203. ¿Tiene usted alguna propiedad, inmueble, predio, finca o parcela de la cual usted es la única dueña y que, si fuera necesario, podría vender autónomamente sin necesidad del consentimiento de su esposo o compañero?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→205
204. ¿Cuánto estima que valdría esta propiedad, inmueble, predio, finca o parcela si tuviera que venderla hoy?	\$ _____						
205. ¿Tiene usted algún otro bien de valor superior a \$500,000 (joyas, motos, etc.) del cual usted es la única dueña y que no haya sido regalada por su esposo?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→207
205a. Si fuera necesario, ¿podría vender o empeñar este(os) bien(es) sin consultar con su esposo o compañero?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→207
206. ¿Cuánto estima que valdría(n) este(os) bien(es) si tuviera que venderlos hoy?	\$ _____						
ENTREVISTADOR(A): Lea el siguiente texto a la entrevistada: Un "encuentro de cuidado" es una reunión de beneficiarios del programa Familias en Acción en donde se recibe capacitación y se discuten temas como alimentación, crianza, educación, etc.							
207. ¿Usted ha participado en algún "encuentro de cuidado" en los últimos 6 meses, contados hasta hoy?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→208 a
208. ¿En cuántos "encuentros de cuidado" ha participado en los últimos 6 meses, contados hasta hoy?						<input type="text"/>	
208a. ¿Se ha elegido a una nueva madre líder desde _____?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→209
208b. ¿Participó en la elección de las madres líderes?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
209. ¿Es usted Madre Líder?						Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→213
	No sabe quiénes son las Madres Líderes					3 <input type="checkbox"/>	→213
211. ¿Ha acudido alguna vez a la Madre Líder por algún problema relacionado con el programa?	Sí					1 <input type="checkbox"/>	
	No, no he tenido necesidad/ ningún problema					2 <input type="checkbox"/>	→213
	No, no la conozco					3 <input type="checkbox"/>	→213
	No, no hay Madre Líder en este momento					4 <input type="checkbox"/>	→213

212. Considerando su relación con la Madre Líder, ¿qué tan bien diría usted que se lleva con ella?	Excelente 1 <input type="checkbox"/> Muy bien 2 <input type="checkbox"/> Bien 3 <input type="checkbox"/> Normal, ni bien ni mal 4 <input type="checkbox"/> Apenas para lo necesario 5 <input type="checkbox"/> Mal 6 <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA		
213. ¿Su mamá está viva?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 216
214. ¿Vive su mamá en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 216
215. ¿Vive su mamá en este municipio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
216. ¿Cuántas hermanas tiene?	<input type="text"/> (Si es cero)	→ 219
217. ¿Cuál es su orden entre todas las hermanas vivas? (1 si es usted es la mayor)	<input type="text"/>	
218. ¿Cuántas de sus hermanas viven en este municipio?	a. <input type="text"/> b. Ninguna 1 <input type="checkbox"/>	
218a. ENTREVISTADOR(A): ¿La entrevistada es casada o tiene compañero/unión libre? Transcriba de la pregunta 310 estructura del hogar (reporte de seguimiento)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III
219. ¿La mamá de su esposo o compañero está viva?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 222
220. ¿Vive la mamá de su esposo en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 222
221. ¿Vive la mamá de su esposo en este municipio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
222. Cuántas cuñadas tiene? (o hermanas del compañero si está en unión libre)	<input type="text"/> (Si es cero)	→ III
223. ¿Cuántas de ellas viven en este municipio?	a. <input type="text"/> b. Ninguna 1 <input type="checkbox"/>	
III. HISTORIA REPRODUCTIVA Y ANTICONCEPCIÓN		
301. ¿Está embarazada usted actualmente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 303
302. ¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?	Semanas <input type="text"/>	→ 304
303. Actualmente, ¿está usted (o su compañero) usando algún método anticonceptivo para evitar quedar embarazada? Por ejemplo: Pastillas, condón, D.I.U, inyección, diafragma, implante bajo la piel del brazo (subdérmico), anillo vaginal, está operada(o).	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tengo pareja 3 <input type="checkbox"/>	
304. ¿Ha tenido algún hijo desde _____? ENTREVISTADOR(A): Esta pregunta es muy importante para saber qué capítulos responder a continuación	Sí 1 <input type="checkbox"/> → IVa No 2 <input type="checkbox"/> → IVb	

IVa. NACIMIENTO Y LACTANCIA DE LOS HIJOS/HIJAS BIOLOGICOS(AS) (nacidos después de la línea de base)							
*ENTREVISTADOR(A): sólo para hijos(as) nuevos incluyendo los que no viven en el hogar. Para los que viven en el hogar, revise la pregunta 301 y 302 del Reporte de seguimiento y transcriba el número de orden y nombre, de la matriz estructura del hogar, para los hijos/hijas biológicos(as) de la entrevistada. Para los que no viven en el hogar anote el número de orden 91 para el primero, 92 para el segundo, 93 para el tercero, etc.							
No de orden	401. Nombres de los hijo(a)s biológico(a)s	402. ¿Cuántas semanas de embarazo tenía usted cuando _____ nació? Ns/Nr=88	403. ¿Cuál fue el peso de _____ al nacer? (Por favor sea precisa en su respuesta) Ns/Nr=8888	404. ¿Le dio leche materna alguna vez a _____? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 406	405. ¿A los cuántos meses le dejó de dar leche materna a _____? Ns/Nr=88	406. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando usted empezó a darle de forma regular los alimentos de la siguiente lista?	
						Meses	
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>		_____ Meses 1 <input type="checkbox"/> Todavía le dan 2 <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						b. Leche de vaca líquida o en polvo	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						d. Agua de panela	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>		_____ Meses 1 <input type="checkbox"/> Todavía le dan 2 <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						b. Leche de vaca líquida o en polvo	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						d. Agua de panela	____ Nunca <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	____	_____ Gramos 1 <input type="checkbox"/> No lo pesaron 2 <input type="checkbox"/>		_____ Meses 1 <input type="checkbox"/> Todavía le dan 2 <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						b. Leche de vaca líquida o en polvo	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes)	____ Nunca <input type="checkbox"/>
						d. Agua de panela	____ Nunca <input type="checkbox"/>

Va. DESAROLLO FÍSICO DE LOS HIJOS/HIJAS BIOLÓGICOS(AS) (nacidos después de la línea de base)				
🔗Entrevistador(a): Este módulo aplica a los niños relacionados en IVa. Transcriba la lista de los nombres de los hijos/hijas biológicos(as) registrados en la pregunta 401 a la columna 501.				
No. Orden	501. Nombres	502. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a gatear? (Edad en meses) Ns/Nr=88	503. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a caminar? (Edad en meses) Ns/Nr=88	504. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando empezó a combinar palabras en frases (por ejemplo "más agua")? (Edad en meses) Ns/Nr=88
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
<div> <div></div> <div></div> </div>	<div></div> <div></div> <div></div>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	<div> <div></div> <div></div> </div> Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>

IVb. LACTANCIA DE LOS HIJOS/HIJAS BIOLÓGICOS(AS) MENORES DE 4 AÑOS (Registrados en línea de base)

🔗 **ENTREVISTADOR(A):** revise la pregunta **301** y **302** del reporte de seguimiento y transcriba el número de orden y nombre para los hijos/hijas biológicos(as) de la entrevistada. Revise la pregunta **306** del reporte de seguimiento y tenga en cuenta la edad al diligenciar. Registre también la información a continuación para los hijos/hijas que no viven en el hogar—para éstos, anote el número de orden 91 para el primero, 92 para el segundo, 93 para el tercero, etc. Recuerde excluir a los niños/niñas registrados en IVa.

No de orden	407. Nombres de los hijo(a)s biológico(a)s	408. ¿Le dio leche materna alguna vez a _____?	409. ¿A los cuántos meses le dejó de dar leche materna a _____? Ns/Nr=88	410. ¿Cuántos meses tenía ____ cuando usted empezó a darle de forma regular los alimentos de la siguiente lista?
_ _	_____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 410	Meses <input type="checkbox"/> Todavía le dan <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc) <div>Meses <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				d. Agua de panela <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
_ _	_____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 410	Meses <input type="checkbox"/> Todavía le dan <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				d. Agua de panela <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
_ _	_____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 410	Meses <input type="checkbox"/> Todavía le dan <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				d. Agua de panela <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
_ _	_____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 410	Meses <input type="checkbox"/> Todavía le dan <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				d. Agua de panela <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
_ _	_____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → 410	Meses <input type="checkbox"/> Todavía le dan <input type="checkbox"/>	a. Leche de tarro para bebés/niños (S-26, NAN, Similac Advance, Progress gold, etc) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				b. Leche de vaca líquida o en polvo <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				c. Sólidos (verduras, frutas, papilla y/o carnes) <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>
				d. Agua de panela <div><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/></div>

Vb. DESAROLLO FÍSICO DE LOS HIJOS/HIJAS BIOLÓGICOS(AS) -- PARA NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS (Registrados en línea de base)

🔊 **Entrevistador(a):** Este módulo aplica a los niños/niñas relacionados en **IVb**. Transcriba la lista de los nombres de los hijos/hijas biológicos(as) registrados en la pregunta 407 a la columna 505.

No. Orden	505. Nombres	506. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a gatear? (Edad en meses) Ns/Nr=88	507. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando comenzó a caminar? (Edad en meses) Ns/Nr=88	508. ¿Cuántos meses tenía _____ cuando empezó a combinar palabras en frases (por ejemplo "más agua")? (Edad en meses) Ns/Nr=88
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>
____	_____ _____ _____	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> Nunca gateó 2 <input type="checkbox"/> NA, es discapacitado 3 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no ha iniciado 1 <input type="checkbox"/> NA. Es discapacitado 2 <input type="checkbox"/>	_____ Meses Aún no dice frases 1 <input type="checkbox"/>

VIII. CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

801. A continuación le voy a leer algunas afirmaciones acerca de los niños/niñas pequeños(as). Algunas de estas afirmaciones le pueden parecer verdaderas y otras falsas. Piense acerca de lo que usted sabe sobre los niños/niñas pequeños(as) y señáleme de la siguiente escala lo que usted cree:

	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 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 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 niños/niñas pasen bastante tiempo jugando solos/solas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Es mejor esperar hasta que los 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 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 niño/niña lo vuelve creído	<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 su capacidad de aprendizaje futura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. A los niños/niñas que conocen más palabras, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dar una palmada a un niño/niña puede ser una buena forma de enseñarle lo que puede y lo que no puede hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. A los niños/niñas que juegan mucho con sus mamás y con otros niños/niñas, les va mejor en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Cuando un niño/niña golpea a otro sin razón, puede ser necesario darle una palmada para enseñarle que no debe hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Un niño/niña de un año sabe distinguir lo que está bien de lo que está mal (ej. coger sin permiso el juguete de otro niño/niña, salir a la calle sin permiso, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Es importante que los padres enseñen las letras del alfabeto a los niños/niñas de un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. No importa lo que la madre haga, cada niño/niña empieza a hablar según su naturaleza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. A los niños/niñas que les va mejor en la escuela, ganan más dinero cuando son mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XI. LISTA DE PALABRAS

Ahora, haremos un juego de palabras. Le voy a mostrar una serie de láminas. En cada lámina hay cuatro imágenes y cada imagen tiene un número. Yo le voy a decir una palabra y quiero que usted me diga el número de la imagen que mejor ilustra el significado de esa palabra. Vamos a tratar un par de ejemplos.

🗨️**ENTREVISTADOR(A):** Ponga el libro abierto por la página D frente a la informante y diga: "Dígame el número de la imagen que mejor ilustra "Rueda". Después de obtener respuesta, repita el ejercicio con el segundo ejemplo. En caso de error, indique a la informante la respuesta correcta y explique la razón.

D	Rueda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
E	Pasear	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Muy bien, ahora le voy a mostrar otras láminas. Para cada lámina repetiremos el mismo proceso. Según adelantemos en el libro, puede ser que no esté segura del significado de alguna de las palabras. No se preocupe, mire todas las imágenes y escoja la que usted crea.

🗨️**ENTREVISTADOR(A):** Ahora ponga el libro abierto por la página 61 frente a la informante y pregunte una a una todas las palabras.

61	Cooperación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
63	Sorprendido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
66	Tallo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
67	Isla	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
77	Roer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
78	Morsa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
79	Confiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
80	Terno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
81	Contemplar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
82	Ave	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
84	Clasificar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
85	Carroña	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
86	Brújula	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
87	Esférico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
88	Felino	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
89	Paralelo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
90	Sumergir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
91	Árido	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
92	Frágil	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
93	Instruir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
94	Arqueólogo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
96	Incandescente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
97	Arrogante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
98	Utensilio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
100	Cítrico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

101	Lubricar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
102	Eslabón	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
103	Morada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
104	Anfibio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
105	Prodigio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
106	Jubilosa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
107	Aparición	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
108	Ascender	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
109	Fragmento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
110	Perpendicular	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
111	Atuendo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
112	Córnea	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
113	Paralelogramo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
114	Copioso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
115	Inducir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
116	Atónito	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
117	Transeúnte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
118	Emisión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
119	Obelisco	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
120	Ciénaga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
121	Ambulante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
122	Cóncavo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
123	Incisivo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
124	Elipse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
125	Deciduo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

IX. ESCALA DE ESTADO DE ÁNIMO (DEPRESIÓN CESD)

Ahora me gustaría que habláramos un poquito sobre usted. Quiero que por favor se concentre en cómo se ha sentido –cuáles han sido sus sentimientos y emociones– últimamente.

902. Piense en los últimos 7 días (*por ejemplo, si hoy es miércoles, desde el jueves anterior*) y dígame qué tan seguido se ha sentido usted de esta manera:

👉 **ENTREVISTADOR(A):** Lea todas las opciones de respuesta después de cada pregunta

	0. Casi nunca o ninguna vez (Menos de 1 día)	1. Pocas veces (Entre 1 y 2 días)	2. Varias veces (Entre 3 y 4 días)	3. Casi todo el tiempo (Entre 5 y 7 días)
a. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tenía dificultad en mantener su atención en lo que hacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se sintió con esperanza de su futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sintió deprimida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sintió que todo lo que hacía le costaba un gran esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se sintió con miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Durmió mal en la noche (es decir, descansó poco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se sintió contenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se sintió sola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sintió que no tenía ganas de hacer nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

901. ¿Pasó algo fuera de lo común que le molestara o que le hiciera sentir mal **en estos últimos 7 días**?

a. Sí 1 ☐ → b. ¿Qué fue? _____
No 2 ☐

X. ANTROPOMETRÍA y HEMOGLOBINA**a. Hemoglobina**

1001.	Valor de hemoglobina	_ _ _ _ mg/dl	
1002.	¿Dejó de tomar la hemoglobina?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ ⊗
1003.	¿Por qué razón no se pudo tomar la hemoglobina?	Madre enferma 1 <input type="checkbox"/> Madre ausente 2 <input type="checkbox"/> Madre rehusó 3 <input type="checkbox"/> Madre discapacitada 4 <input type="checkbox"/> Otro 5 <input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES:
