

**ENTREVISTADOR(A):** Este módulo sólo aplica cuando el cuidador principal no coincide con la madre biológica del niño/niña seleccionado(a), independientemente de si el cuidador vive o no en el mismo hogar que el niño/niña seleccionado(a). Si los dos coinciden (es decir, si la madre biológica es el cuidador principal) el módulo no aplica.

**CONTROL OPERATIVO**

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

**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. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PARA CUIDADOR(A) QUE NO VIVE EN EL HOGAR DEL NIÑO/NIÑA SELECCIONADO/SELECCIONADA)			
100a. Nombre del cuidador principal en línea de base: <input type="text"/>			
100b. ¿El cuidador principal es la misma persona que en línea de base?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
100c. Desde hace cuántos meses está cuidando a <input type="text"/>		<input type="text"/> meses	
101. <b>ENTREVISTADOR(A):</b> ¿Vive el cuidador principal en el mismo hogar que el niño/niña seleccionado(a) para la intervención?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 103
102. Nombre, apellido y número de orden de la persona: <input type="text"/>		<input type="text"/>	→ IV
103. Nombre y apellido <input type="text"/>			
104. Fecha de Nacimiento:		Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
105. Dirección: <input type="text"/>		106. Barrio o Vereda: <input type="text"/>	
107 a. Teléfono fijo: <input type="text"/>		b. Teléfono celular: <input type="text"/>	
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/hija 3 <input type="checkbox"/> Hijastro/hijastra 4 <input type="checkbox"/> Yerno o nuera 5 <input type="checkbox"/> Nieto/nieta 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/hija 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/hija?	a. Día ____ b. Mes ____ c. Año ____	
116	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último hijo/hija?	No aplica sólo tiene un hijo/hija 1 <input type="checkbox"/> a. Día ____ b. Mes ____ c. Año ____	
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"/>	
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"/>	

<b>II. EDUCACIÓN</b>																							
<b>ENTREVISTADOR(A): Sólo para cuidador que no vive en el hogar del niño/niña seleccionado(a)</b>																							
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?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ III																				
204.	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuál el último año aprobado en ese nivel por usted?																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nivel Educativo</th> <th>1. Nivel</th> <th>2. Cantidad de años aprobados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Preescolar</td> <td>2 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td>3 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td>4 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Técnica o Tecnológica</td> <td>5 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Superior o Universitaria</td> <td>6 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Postgrado</td> <td>7 <input type="radio"/> →</td> <td>0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados	Preescolar	2 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>	Primaria	3 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>	Secundaria	4 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	Técnica o Tecnológica	5 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/>	Superior o Universitaria	6 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	Postgrado	7 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>	
Nivel Educativo	1. Nivel	2. Cantidad de años aprobados																					
Preescolar	2 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>																					
Primaria	3 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/>																					
Secundaria	4 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>																					
Técnica o Tecnológica	5 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/>																					
Superior o Universitaria	6 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>																					
Postgrado	7 <input type="radio"/> →	0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/>																					
205.	¿Asiste actualmente a un establecimiento educativo (aunque esté en vacaciones)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>																					

III. SALUD			
ENTREVISTADOR(A): Sólo para cuidador que no vive en el hogar del niño.			
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"/> → No 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Cuántos días?  __ __
302.	Desde _____, ¿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) durante 7 días consecutivos o más debido a problemas de salud?	a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/>	b. ¿Cuántos días?  __ __
303.	Desde _____, hasta hoy, ¿usted padeció alguna de las siguientes enfermedades?	a. Cáncer Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> b. VIH Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> c. Alguna enfermedad grave crónica (Diabetes, enf. cardiovascular, enf. Bronquial, cirrosis, osteoporosis) 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"/>	

ENTREVISTADOR(A): De aquí en adelante esto aplica para todos los cuidadores principales (diferentes de la mamá), ya sea que vivan en el hogar o que vivan fuera de él. En las preguntas 401, 402, 405 Y 406 mencione el nombre del niño/niña seleccionado/seleccionada

116a.	ENTREVISTADOR(A): Revise pregunta 104, ¿la edad está entre 10 y 49 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→IV
117.	¿Está usted embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NA 3 <input type="checkbox"/>	
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 niño(a) seleccionado(a) 1 <input type="checkbox"/> Su casa (la del cuidador) 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  __ __	
407.	ENTREVISTADOR(A): preguntar sobre la actividad principal y marcar sólo una opción  ¿Realiza usted alguna otra actividad principal además de la anterior (es decir, además de cuidar del niño/niña seleccionado(a))?	Sí, obrero(a), empleado(a) 1 <input type="checkbox"/> Sí, jornalero(a), peón 2 <input type="checkbox"/> Sí, empleado(a) doméstico(a) 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 realizo 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	
<b>ENTREVISTADOR(A):</b> en las preguntas 503a, 503b y 503c mencione el nombre del 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. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
502. Trasládarse a trabajar, al mercado, al centro de salud, etc.	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
503a. Alimentar, vestir, bañar a _____	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
503b. Jugar con _____	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
503c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con _____	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
504. Realizar actividades domésticas como cocinar, ayudar en oficios del hogar, lavar y planchar ropa, hacer compras de alimentos, coser, limpiar, cargar agua, leña o tirar la basura, etc.	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
505. Llevar/recoger a algún miembro de su hogar a/de la escuela, guardería, ó jardín, centro de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
506a. Alimentar, vestir, bañar a los niños/niñas pequeños(as) que son miembros de su hogar	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
506b. Jugar con los niños/niñas pequeños(as) que son miembros su hogar	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
506c. Leer, contar cuentos y/o mirar libros de imágenes a/con los niños/niñas pequeños(as) miembros de su hogar	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
507a. Mirar televisión	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
507b. Su cuidado personal: por ejemplo, peinarse, arreglarse, hacerse la manicura, etc.	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> minutos
507c. Visitar a pasar tiempo con familiares y/o vecinos	a. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> 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. <input type="text"/> horas b. <input type="text"/> 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 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"/>

#### IX. 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"/>

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.

**702.** 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

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"/>

701. ¿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 ☐

**ENTREVISTADOR(A):** Lea el siguiente texto; Señor(a) \_\_\_\_\_, es posible que vuelva a contactarla en el futuro, por tal razón es importante contar con el nombre de dos contactos que puedan dar razón de su ubicación en caso de cambio de residencia.

**ENTREVISTADOR(A):** Solicite dos números telefónicos en donde se pueda ubicar nuevamente al entrevistado(a), si el entrevistado(a) pertenece al hogar debe referir otros datos de contacto diferentes a los mencionados en el módulo 1

<b>801.</b> Datos del contacto 1 a. Nombre completo	b. Teléfono fijo 1	d. Tipo de Relación
	Indicativo                  . Número <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Familiar 1 <input type="checkbox"/>
	c. Teléfono celular 1	Vecino(a) o amigo(a) 2 <input type="checkbox"/>
	Operador                  Número <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Relación laboral 3 <input type="checkbox"/>
e. ¿Cuál es la dirección o señas para ubicarlo(a)?		De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/>
		No la conoce 1 <input type="checkbox"/>

[illegible]