
 Institute for Fiscal Studies	PILOTO DE DESARROLLO COGNITIVO Primer Seguimiento - Formulario del Hogar	 S.E.I. S.A. Sistemas Especializados de Información S.A. <i>En encuestas e información... Calidad por convicción!</i>
	FORMULARIO ANEXO MÓDULO 3. EXCLUSIVO PARA EL 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		<div style="font-size: 2em; text-align: center;">RÓTULO</div>	
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..."

ENTREVISTADOR(A): El informante es la madre biológica del niño/niña seleccionado(a) y en segunda opción el cuidador principal.		
I. IDENTIFICACIÓN		
101. Nombre y número de orden del niño/niña seleccionado(a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. INTERACCIÓN CON MADRE Y PADRE BIOLÓGICOS (si ellos no viven en el hogar)		
ENTREVISTADOR(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))?	<input type="text"/>	→ 205
203. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar la madre biológica de (niño/niña seleccionado(a))?	<input type="text"/> 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"/>	
205. El padre biológico de (niño/niña seleccionado(a)):	Usualmente vive en este hogar 1 <input type="checkbox"/> → III Está vivo pero no vive en este hogar 2 <input type="checkbox"/> → 207 Se murió 3 <input type="checkbox"/>	
206. ¿En qué año murió el padre biológico de (niño/niña seleccionado(a))?	<input type="text"/>	→ III
207. ¿En qué año se fue de forma permanente de este hogar el padre biológico de (niño/niña seleccionado(a))?	<input type="text"/> 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) 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"/>	

III. USO DEL TIEMPO

ENTREVISTADOR(A): Solicite al cuidador principal reconstruir las actividades desarrolladas por el niño/niña 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 el niño/niña 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?
De: ____:____:____ A: ____:____:____	Un miembro del hogar <input type="checkbox"/> Un establecimiento de cuidado <input type="checkbox"/> Una persona externa al hogar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1. Madre biológica 2. Cuidador Principal – si aplica (persona que responde el módulo 5) 3. Padre biológico 4. Madrastra 5. Padrastra 6. Abuela 7. Abuelo 8. Hermana 9. Hermano 10. Tío 11. Tía 12. Otro pariente 13. Amigo 14. Vecino 15. Conocido 16. 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <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"/> → Siguiente 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"/>	9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> →



ENTREVISTADOR(A): 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.	b.	c.	d.	e.	f.	g.
	Madre Biológica						
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) : 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"/>
304. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo jugando (dibujando, pintando, bailando, etc.) sólo con (niño/niña seleccionado(a))?	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"/>
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) : 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"/>
306. ¿Pasó (indicar persona (a-g)) algún tiempo leyendo o contando historias sólo a (niño/niña seleccionado(a))?	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"/>

	a.	b.	c.	d.	e.	f.	g.
	Madre Biológica						
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 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"/>
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 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"/>
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 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"/>
310. ¿Llevó (indicar persona (a-g)) a (niño/niña seleccionado(a)) a algún establecimiento de cuidado?	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"/>

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 niño?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
311a. Pensando de nuevo en el día de ayer, ¿cuánto tiempo pasó el (niño/niña seleccionado(a)) mirando televisión?	<input type="text"/> 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 menor de 10 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → VI
313. ¿Durante cuántas horas? (Por favor, indique el total de horas que el niño/niña se ha quedado solo o al cuidado de un menor de 10 años durante toda la semana (es decir, horas acumuladas))	<input type="text"/> Horas

VI. MacArthur-Bates INVENTARIO DEL DESARROLLO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS-III

A continuación le voy a realizar una serie de preguntas relacionadas con el lenguaje de (niño/niña seleccionado(a)).

601. LISTA DE VOCABULARIO

Le voy a leer una lista de palabras y quiero que usted me diga cuáles de ellas (niño/niña seleccionado(a)) **SABE DECIR** aunque las diga de manera distinta o con pronunciación distinta, por ejemplo, "tiranosaurio" en vez de "dinosaurio" o "sé, supe o sabo" en vez de "saber". Esta lista incluye muchas palabras, así que no se preocupe si (niño/niña seleccionado(a)) no las dice todas ya que cada niño/niña tiene su propio tiempo de desarrollo.

☛ **Entrevistador(a):** Recuerde a la informante que nos interesan las palabras que niño/niña seleccionado(a) realmente **DICE**, no sólo las que entiende.

Por favor, dígame si (niño/niña seleccionado(a)) **DICE** ____

abierto	<input type="checkbox"/>	echar	<input type="checkbox"/>	mecánico	<input type="checkbox"/>	por	<input type="checkbox"/>
adelante	<input type="checkbox"/>	empujar	<input type="checkbox"/>	medir	<input type="checkbox"/>	pulsera	<input type="checkbox"/>
ambulancia	<input type="checkbox"/>	enfermo	<input type="checkbox"/>	meter	<input type="checkbox"/>	puntilla	<input type="checkbox"/>
aquel	<input type="checkbox"/>	escalera	<input type="checkbox"/>	mis	<input type="checkbox"/>	quedar	<input type="checkbox"/>
arreglar	<input type="checkbox"/>	estantería o armario	<input type="checkbox"/>	mismo	<input type="checkbox"/>	raqueta	<input type="checkbox"/>
atrás	<input type="checkbox"/>	fábrica	<input type="checkbox"/>	montaña	<input type="checkbox"/>	raro	<input type="checkbox"/>
ayer	<input type="checkbox"/>	faltar	<input type="checkbox"/>	mover	<input type="checkbox"/>	regresar	<input type="checkbox"/>
barba	<input type="checkbox"/>	figura	<input type="checkbox"/>	mueble	<input type="checkbox"/>	río	<input type="checkbox"/>
biblioteca (pública)	<input type="checkbox"/>	flecha	<input type="checkbox"/>	muy	<input type="checkbox"/>	saber	<input type="checkbox"/>
bolsa	<input type="checkbox"/>	garganta	<input type="checkbox"/>	necesitar	<input type="checkbox"/>	salvar	<input type="checkbox"/>
caber	<input type="checkbox"/>	grupo	<input type="checkbox"/>	nido	<input type="checkbox"/>	sembrar	<input type="checkbox"/>
cada	<input type="checkbox"/>	hasta	<input type="checkbox"/>	nosotros	<input type="checkbox"/>	semilla	<input type="checkbox"/>
candado	<input type="checkbox"/>	herramienta	<input type="checkbox"/>	oficina	<input type="checkbox"/>	sobre (la silla)	<input type="checkbox"/>
cesta o canasta	<input type="checkbox"/>	horno	<input type="checkbox"/>	oscuro	<input type="checkbox"/>	sus	<input type="checkbox"/>
clínica o hospital	<input type="checkbox"/>	idea	<input type="checkbox"/>	parecer	<input type="checkbox"/>	suyos	<input type="checkbox"/>
computadora	<input type="checkbox"/>	igual	<input type="checkbox"/>	peligroso	<input type="checkbox"/>	también	<input type="checkbox"/>
contra	<input type="checkbox"/>	insecto	<input type="checkbox"/>	pequeño	<input type="checkbox"/>	ti	<input type="checkbox"/>
(pelo) corto	<input type="checkbox"/>	jalar	<input type="checkbox"/>	pera	<input type="checkbox"/>	tigre	<input type="checkbox"/>
cuadrado	<input type="checkbox"/>	juntar	<input type="checkbox"/>	perder	<input type="checkbox"/>	torre	<input type="checkbox"/>
cuál	<input type="checkbox"/>	lado	<input type="checkbox"/>	perfecto	<input type="checkbox"/>	tractor	<input type="checkbox"/>
cueva	<input type="checkbox"/>	lastimar	<input type="checkbox"/>	perseguir	<input type="checkbox"/>	tranquilo	<input type="checkbox"/>
dañado	<input type="checkbox"/>	letra	<input type="checkbox"/>	persona	<input type="checkbox"/>	vainilla	<input type="checkbox"/>
descansar	<input type="checkbox"/>	línea	<input type="checkbox"/>	pesado	<input type="checkbox"/>	vender	<input type="checkbox"/>
después	<input type="checkbox"/>	lugar	<input type="checkbox"/>	pintor	<input type="checkbox"/>	verdura	<input type="checkbox"/>
dinosaurio	<input type="checkbox"/>	manejar	<input type="checkbox"/>	plástico	<input type="checkbox"/>	vidrio	<input type="checkbox"/>

602. TIPOS DE PALABRAS Y ORACIONES

A continuación, le voy a leer pares de frases. Por favor indíqueme la frase que más se parezca a la forma en que habla (niño/niña seleccionado(a)) en este momento aunque **NO diga la frase exactamente de la misma forma**.

🗣️Entrevistador(a): Al leer haga énfasis en las palabras que están con letra más oscura. Si usa ambas formas o usa frases más largas o complicadas de las que vienen en los ejemplos, por favor marque sólo la segunda frase. Si usa frases más sencillas, marque la primera.

MARQUE SÓLO UNA ORACIÓN DE CADA PAR.

1.	1. ¿Se mueve? 2. ¿ Cómo se mueve?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	14.	1. Los pongo aquí. 2. Los pongo acostaditos .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
2.	1. El oso se fue. 2. El oso y la gallina se fueron.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	15.	1. Busca la silla. 2. Busca la silla azul .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
3.	1. Mi mamá me abrazó. 2. Mi mamá me abrazó muy fuerte .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	16.	1. Le pego a la pelota. 2. Puedo pegarle a la pelota.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
4.	1. Fui a la casa de mi abuelita. 2. Mañana voy a ir a la casa de mi abuelita.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	17.	1. El sombrero está feo. 2. Se puso un sombrero que está feo .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
5.	1. Ya pinté. 2. Ya acabé de pintar .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	18.	1. Quiere tomar leche. 2. Se la quiere tomar.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
6.	1. Comió pollo. 2. Comió pollo con el tenedor.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	19.	1. Su mamá compró pan. 2. La mamá de Juan compró pan.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
7.	1. Ahí está el libro. 2. El libro está en la mesa .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	20.	1. Abre la caja. 2. Abre la caja y saca la galleta.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
8.	1. Le pongo agua a las flores. 2. Le pongo agua a las flores para que crezcan.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	21.	1. Tengo un gato. 2. Tengo un gato amarillo con café .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
9.	1. No lo toques. 2. No lo toques porque te quemas.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	22.	1. Nena quiere a sus gatitos. 2. Nena los quiere.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
10.	1. Cóprame un dulce. 2. Quiero que me compres un dulce.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	23.	1. El perro es mío. 2. El perro que está ladrando es mío.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
11.	1. No tiene una pelota. 2. Tenía una pelota y se perdió.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	24.	1. El gato está ahí. 2. El gato está enfrente de la casa .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
12.	1. Yo jugué en el parque. 2. Yo estaba jugando y me caí en el parque.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	25.	1. Voy a la escuela. 2. Voy a la escuela en la mañana .	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
13.	1. ¿Está bonito? 2. ¿ Cuál está bonito?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	26.	1. Juanita se va al bosque en la mañana. 2. Juanita se iba al bosque todas las mañanas.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

Ahora le voy a hacer una serie de preguntas sobre la forma de hablar y el uso de lenguaje de (niño/niña seleccionado(a)).

MANERAS DE HABLAR

603. En general, ¿cuál de las siguientes frases se parece más a la manera en la que habla (niño/niña seleccionado(a))?

🗣️Entrevistador(a): Marque sólo una opción

1. "quiero pan", "éste es mío"

2. "me corté el dedo"

3. "mira la muñeca que me regaló mi abuelita"

1 ☐

2 ☐

3 ☐

PRONUNCIACIÓN

604. ¿A otras personas les parece difícil entender cómo habla (niño/niña seleccionado(a))?

Sí 1 ☐

No 2 ☐

CONCEPTOS GENERALES

605. ¿(Niño/niña seleccionado(a)) sabe escribir las primeras letras de su nombre?

Sí 1 ☐

No 2 ☐

606. ¿(Niño/niña seleccionado(a)) sabe contar hasta el 15?

Sí 1 ☐

No 2 ☐

607. Si ve una ventana, ¿(niño/niña seleccionado(a)) sabe decir que tiene forma de cuadrado o sabe decir que otra cosa tiene forma de triángulo o de círculo (por ejemplo, una pelota o un espejo)?

Sí 1 ☐

No 2 ☐

USO DEL LENGUAJE

🗣️Entrevistador(a): Marque la opción correcta en cada una de las siguientes 3 preguntas (608 – 610)

608. Para explicar algo que vio o algo que le pasó, (niño/niña seleccionado(a)) dice:

1. Fui al parque con mi mamá.

2. Fui al parque con mi mamá, corrí a los columpios, me caí y me dolió mucho.

1 ☐

2 ☐

609. Para explicar por qué sucedió algo, (niño/niña seleccionado(a)) dice:

1. Lo abro y se rompe.

2. No lo abro porque se puede romper.

1 ☐

2 ☐

610. Cuando está conversando con alguien, (niño/niña seleccionado(a)):

1. ¿espera a que le pregunten algo?

2. ¿empieza a conversar sin que le pregunten?

1 ☐

2 ☐

IV. ESCALA BATES DE TEMPERAMENTO

🗣️ **Entrevistador(a):** Después de leer cada pregunta, lea todas las opciones de respuesta.

Las siguientes preguntas son sobre el humor/carácter de (niño/niña seleccionado(a)), es decir sobre cómo es el trato con él/ella. Para cada una de las siguientes preguntas, por favor dígame la opción que mejor describa a (niño/niña seleccionado(a)):

401.	¿Qué tan fácil o difícil es para usted calmar a (niño/niña seleccionado(a)) cuando él/ella está molesto(a) o irritable?	Muy fácil 1 <input type="checkbox"/>	Fácil 2 <input type="checkbox"/>	Regular 3 <input type="checkbox"/>	Difícil 4 <input type="checkbox"/>	Muy difícil 5 <input type="checkbox"/>
402.	Por lo general, ¿cuántas veces al día se pone berrinchoso(a), malgeniado(a), o irritable (niño/niña seleccionado(a)), por ratos cortos o ratos largos?	Nunca 1 <input type="checkbox"/>	De 1 a 3 veces al día 2 <input type="checkbox"/>	De 4 a 7 veces al día 3 <input type="checkbox"/>	De 8 a 11 veces al día 4 <input type="checkbox"/>	12 ó más veces al día 5 <input type="checkbox"/>
403.	En general, ¿qué tan seguido llora, se pone berrinchoso(a), irritable o molesto(a) (niño/niña seleccionado(a)) en comparación con otros niños/niñas de edades similares?	Casi nunca: mucho menos que otros niños 1 <input type="checkbox"/>	Muy poco: menos que otros niños 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos lo mismo que otros niños 3 <input type="checkbox"/>	Un poco más que otros niños 4 <input type="checkbox"/>	Mucho más que otros niños 5 <input type="checkbox"/>
404.	Generalmente, ¿cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) cuando ve a alguien por primera vez?	Casi siempre responde bien 1 <input type="checkbox"/>	Muchas veces responde bien (más de la mitad) 2 <input type="checkbox"/>	La mitad de las veces responde bien 3 <input type="checkbox"/>	Muchas veces responde mal o con miedo (más de la mitad) 4 <input type="checkbox"/>	Casi siempre responde mal o con miedo 5 <input type="checkbox"/>
405.	Generalmente, ¿cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) al estar en un lugar nuevo?	Casi siempre responde bien 1 <input type="checkbox"/>	Muchas veces responde bien (más de la mitad) 2 <input type="checkbox"/>	La mitad de las veces responde bien 3 <input type="checkbox"/>	Muchas veces responde mal o con miedo (más de la mitad) 4 <input type="checkbox"/>	Casi siempre responde mal o con miedo 5 <input type="checkbox"/>
406.	En comparación con otros niños/niñas de edades similares, ¿qué tan fácil o difícil es que (niño/niña seleccionado(a)) se moleste o irrite?	Es muy difícil que se moleste 1 <input type="checkbox"/>	Es difícil que se moleste 2 <input type="checkbox"/>	Lo normal: ni fácil ni difícil que se moleste 3 <input type="checkbox"/>	Es fácil que se moleste 4 <input type="checkbox"/>	Es muy fácil que se moleste 5 <input type="checkbox"/>
407.	Cuando (niño/niña seleccionado(a)) se molesta (ej. antes de comer, cuando le lava el pelo, cuando le dice que no a algo, etc.), ¿qué tan intenso es el llanto, berrinche o pataleta?	Muy suave 1 <input type="checkbox"/>	Poco intenso 2 <input type="checkbox"/>	Normal, con fuerza moderada 3 <input type="checkbox"/>	Intenso 4 <input type="checkbox"/>	Muy intenso 5 <input type="checkbox"/>
408.	En comparación con otros niños/niñas de edades similares, ¿qué tanto sonríe o ríe (niño/niña seleccionado(a))?	Muchísimo (mucho más que otros niños) 1 <input type="checkbox"/>	Mucho (más que otros niños) 2 <input type="checkbox"/>	Lo normal (igual que otros niños) 3 <input type="checkbox"/>	Poco (menos que otros niños) 4 <input type="checkbox"/>	Muy poco (mucho menos que otros niños) 5 <input type="checkbox"/>
409.	Generalmente, ¿cómo es el humor de (niño/niña seleccionado(a))?	Muy feliz y alegre 1 <input type="checkbox"/>	Feliz y alegre 2 <input type="checkbox"/>	Ni serio ni alegre 3 <input type="checkbox"/>	Serio 4 <input type="checkbox"/>	Muy serio 5 <input type="checkbox"/>
410.	¿Qué tanto disfruta (niño/niña seleccionado(a)) al jugar con usted?	Le gusta muchísimo 1 <input type="checkbox"/>	Le gusta mucho 2 <input type="checkbox"/>	Le gusta más o menos 3 <input type="checkbox"/>	Le gusta poco 4 <input type="checkbox"/>	Casi no le gusta nada 5 <input type="checkbox"/>
411.	¿Cómo reacciona (niño/niña seleccionado(a)) ante interrupciones y cambios en la rutina diaria, (ej. cuando usted ha tenido que ir a una reunión o a una diligencia, viajar para visitar a un familiar, etc.)?	No se molesta 1 <input type="checkbox"/>	Se molesta muy poco 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos, se molesta lo normal 3 <input type="checkbox"/>	Se molesta mucho 4 <input type="checkbox"/>	Se molesta muchísimo 5 <input type="checkbox"/>
412.	¿Qué tanto cambia el estado de ánimo de (niño/niña seleccionado(a))?	Cambia muy poco (casi no cambia) 1 <input type="checkbox"/>	Cambia poco 2 <input type="checkbox"/>	Cambia lo normal 3 <input type="checkbox"/>	Cambia mucho 4 <input type="checkbox"/>	Cambia muchísimo y repentinamente 5 <input type="checkbox"/>
413.	¿Qué tanto se emociona (niño/niña seleccionado(a)) cuando una persona juega o habla con él/ella?	Se emociona muchísimo 1 <input type="checkbox"/>	Se emociona mucho 2 <input type="checkbox"/>	Se emociona moderadamente 3 <input type="checkbox"/>	Se emociona muy poco 4 <input type="checkbox"/>	No se emociona para nada 5 <input type="checkbox"/>
414.	Normalmente, ¿qué tanto insiste (niño/niña seleccionado(a)) en jugar con objetos después que se le ha dicho que no los toque?	Nunca o casi nunca insiste 1 <input type="checkbox"/>	Insiste muy pocas veces 2 <input type="checkbox"/>	Insiste algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Insiste muchas veces 4 <input type="checkbox"/>	Insiste siempre o casi siempre 5 <input type="checkbox"/>
415.	Normalmente, ¿insiste (niño/niña seleccionado(a)) en ir a un lugar a donde usted le ha dicho que no vaya (ej. "no, ahí no", "para")?	Nunca o casi nunca insiste 1 <input type="checkbox"/>	Insiste muy pocas veces 2 <input type="checkbox"/>	Insiste algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Insiste muchas veces 4 <input type="checkbox"/>	Insiste siempre o casi siempre 5 <input type="checkbox"/>
416.	Cuando a (niño/niña seleccionado(a)) se le impide hacer algo que le interesa pero que no debe hacer, ¿se molesta, llora o hace pataleta?	Nunca o casi nunca 1 <input type="checkbox"/>	Muy pocas veces 2 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Muchas veces 4 <input type="checkbox"/>	Siempre o casi siempre 5 <input type="checkbox"/>
417.	Por favor indique qué tan fácil o difícil sería para otra mamá común y corriente atender a (niño/niña seleccionado(a))	Muy fácil 1 <input type="checkbox"/>	Fácil 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos fácil, tendría algunos problemas 3 <input type="checkbox"/>	Difícil 4 <input type="checkbox"/>	Muy difícil, tendría muchas dificultades para lidiar con él/ella 5 <input type="checkbox"/>

VIII. CUESTIONARIO DE CONDUCTA INFANTIL DE ROTHBART (Abreviado)

A continuación le voy a leer varias situaciones y comportamientos que (niño/niña seleccionado(a)) puede haber presentado en esas situaciones. Por favor dígame qué tanto (cuántas veces) observó estos comportamientos en (niño/niña seleccionado(a)) en **los últimos 15 días (contados hasta hoy)**.

☛ **Entrevistador(a):** Lea las opciones de respuesta, señalando la tarjeta. **Explique** al informante el siguiente ejemplo:

Ejemplo:

Cuando (niño/niña seleccionado(a)) fue llevado/a al médico, ¿cuántas veces

1. Se puso triste

1 2 3 4 5 NS

* Elija **NS** (No sucedió) si en las últimas dos semanas no asistieron al médico.

* Elija **1** (Nunca) si fueron al médico pero él/ella no se puso triste ni lloró.

☛ **Entrevistador(a):** La opción **"No Sucedió"** (6) se utiliza cuando no se presentó la situación durante las dos últimas semanas. La opción **"Nunca"** (1) se utiliza cuando el niño/a estuvo en la situación descrita pero no se comportó de la forma que se menciona en la descripción. De vez en cuando, recuerde a la mamá que las preguntas hacen referencia a **los últimos 15 días (contados hasta hoy)**. Asimismo, recuérdale las diferentes opciones de respuesta, ayudándose de la tarjeta de respuesta.

	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Mitad de las veces	4 Muchas veces	5 Siempre	6 No Sucedió
Cuando (niño/niña seleccionado(a)) estuvo en contacto con un niño/a conocido/a (un primo, un amiguito), ¿cuántas veces						
801. compartió una actividad (por ejemplo, un juego) con ese otro niño/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
802. buscó estar en compañía de ese niño/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando usted le dijo que "no" a algo (un objeto, una actividad o un juego), ¿cuántas veces						
803. (niño/niña seleccionado(a)) se alejó y corrió por toda la casa?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
804. tomó el objeto que le llamó la atención aunque se le dijo que "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"/>
805. siguió jugando (por ejemplo, brincando en la cama)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando visitaron la casa de un adulto conocido (como un pariente o amigo), ¿cuántas veces						
806. quiso (niño/niña seleccionado(a)) interactuar con ese adulto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Mientras (niño/niña seleccionado(a)) estaba concentrado en su juguete o juego favorito, ¿cuántas veces						
807. jugó durante muy poquito tiempo (menos de 5 minutos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
808. jugó durante un buen rato (más de 10 minutos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando visitaron la casa de un niño/a conocido (un primo, un amiguito), ¿cuántas veces						
809. compartió (niño/niña seleccionado(a)) alguna actividad (por ejemplo, un juego) con el otro niño/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
810. buscó (niño/niña seleccionado(a)) estar en compañía del otro niño/a?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando (niño/niña seleccionado(a)) realizó una actividad que requería poner atención (como construir con bloques, armar un rompecabezas o vestir a una muñeca), ¿cuántas veces						
811. cambió de actividad rápidamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
812. permaneció jugando durante un buen rato (más de 10 minutos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
813. se cansó de la actividad relativamente rápido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando le pidió a (niño/niña seleccionado(a)) que "no" realizara alguna actividad, ¿cuántas veces						
814. interrumpió la actividad rápidamente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
815. interrumpió la actividad prohibida después de un tiempo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
816. ignoró la orden o instrucción?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando (niño/niña seleccionado(a)) estaba jugando solo, ¿cuántas veces						
817. se distrajo fácilmente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
818. mantuvo el mismo juego durante 5 minutos o más?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
819. pasó de una actividad a otra sin concluir la primera?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
820. tuvo dificultades para concentrarse en una actividad sin ayuda?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Cuando le pidió a (niño/niña seleccionado(a)) esperar para algo que deseaba (como una golosina o el almuerzo), ¿cuántas veces						
821. pareció no poder esperar ni un minuto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
822. intentó obtenerlo de cualquier manera?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
823. esperó pacientemente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Mientras (niño/niña seleccionado(a)) miró las imágenes de un libro, ¿cuántas veces	1 Nunca	2 Pocas veces	3 Mitad de las veces	4 Muchas veces	5 Siempre	6 No Sucedío
824. permaneció interesado en el libro durante muy poquito tiempo (menos de 5 minutos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
825. permaneció interesado en el libro durante un buen rato (más de 10 minutos)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
826. se distrajo fácilmente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Quando un adulto conocido (como un pariente o un amigo) visitó su casa, ¿cuántas veces						
827. quiso (niño/niña seleccionado(a)) interactuar con el adulto?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Quando usted se lo pidió, ¿cuántas veces (niño/niña seleccionado(a))						
828. paró de hacer lo que estaba haciendo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
829. bajó el volumen de su voz?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
830. tuvo cuidado con las cosas frágiles o delicadas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Al estar en reuniones familiares con adultos o niños, ¿cuántas veces						
831. quiso (niño/niña seleccionado(a)) involucrarse en las actividades de grupo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
832. disfrutó (niño/niña seleccionado(a)) jugando con distintas personas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <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 Entre 1 y 2 Entre 3 y 5 6 ó más	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Entrevistador(a): Registre el número libros que observa		
502. ¿Me podría mostrar cuántas revistas y periódicos hay en el hogar?	No hay Entre 1 y 2 Entre 3 y 5 6 ó más	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
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 el niño/niña seleccionado(a) juega normalmente en la actualidad.		
a1. Juguetes que le dejó la madre facilitadora	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? __ __
a2. Juguetes hechos en casa tomando como modelo los traídos por la madre facilitadora o con su ayuda	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? __ __
a3. Juguetes hechos en casa	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? __ __
Entrevistador(a): No incluir los juguetes de la intervención		
b. Juguetes comprados en una tienda o que se pueden comprar en una tienda (fabricados)	No hay Hay menos de 4 Hay entre 4 y 8 Hay más de 8	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
c. Juguetes con los que se produce o se toca música (no sólo ruido) y/o imágenes (audiovisuales)	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
d. Juguetes (objetos) para armar o construir (bloques de madera o plástico, armado, rompecabezas, tapete de figuras, etc.)	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
e. Cosas para pintar o escribir (crayolas, colores, témperas, papel, cuadernos, etc.)	No hay Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
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 Hay menos de 4 Hay entre 4 y 8 Hay más de 8	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
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 Hay 1 ó 2 Hay 3 ó 4 Hay entre 5 y 8 Hay más de 8	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
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 Hay	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → 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"/> Hay <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/>	
h3. Libros para colorear (no incluir libros escolares o libros de texto)	No hay <input type="checkbox"/> Hay <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/>	
i. Juguetes para aprender formas y/o colores (armatodo, bloques de madera de diferentes formas y colores, tapete de figuras, etc.)	No hay <input type="checkbox"/> Hay menos de 4 <input type="checkbox"/> Hay entre 4 y 8 <input type="checkbox"/> Hay más de 8 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
504a. Desde _____, ¿han realizado/construido juguetes en la casa (juguetes caseros)?	Sí <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos? <input type="text"/> c. ¿Cuántos observa? <input type="text"/> No <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 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>	
b. contarle cuentos o historias	Sí <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>	
c. cantar canciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
d. salir a pasear por fuera de la casa; por ejemplo, al parque, a la plaza o a la tienda	Sí <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>	
e. jugar con sus juguetes	Sí <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>	
f. dibujar, pintar, escribir o jugar a hacer garabatos en papel	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
g. jugar a nombrar objetos o colores, a contar objetos o a decir los números	Sí <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>	
506. Durante los últimos 7 días contados hasta ayer, cuando (niño/niña seleccionado(a)) se portó mal o hizo cosas que no estaban bien o que a usted le molestaron, ¿tuvo que pegarle?	Sí, una vez <input type="checkbox"/> Sí, más de una vez <input type="checkbox"/> No <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? ENTREVISTADOR (A): Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente	Le grita que pare y se porte bien <input type="checkbox"/> Le dice que pare y se porte bien <input type="checkbox"/> Le pega para que aprenda <input type="checkbox"/> Le quita algo que le gusta, de forma temporal <input type="checkbox"/> Lo manda a algún lado donde esté solo durante un rato <input type="checkbox"/> Lo distrae con algo <input type="checkbox"/> Le explica por qué lo que ha hecho está mal <input type="checkbox"/> No hace nada <input type="checkbox"/>	
507. Cuando _____ se porta bien o hace algo bien, normalmente, ¿cómo responde usted? ENTREVISTADOR (A): Por favor, lea todas las opciones y registre la opción de respuesta más frecuente	Lo(a) felicita con palabras/expresiones como: "Bravo", "Bien hecho", "Así se hace" <input type="checkbox"/> Lo(a) aplaude <input type="checkbox"/> Le da muestras físicas de cariño: lo(a) besa, abraza y/o acaricia. <input type="checkbox"/> Le recompensa: le ofrece algo que quiere, le da un dulce, etc. <input type="checkbox"/> No hace nada <input type="checkbox"/>	→ VII
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? ENTREVISTADOR (A): Haga referencia a las respuestas señaladas en 507	Raramente <input type="checkbox"/> Sólo algunas veces <input type="checkbox"/> Cada vez que hace algo bien <input type="checkbox"/>	
VII. HEMOGLOBINA		
701. Valor de hemoglobina		<input type="text"/> mg/dl
702. ¿Dejó de tomar la hemoglobina?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → ⊗
703. ¿Por qué razón no se pudo tomar la hemoglobina?	Niño/niña enfermo(a) <input type="checkbox"/> Niño/niña ausente <input type="checkbox"/> Niño/niña rehusó <input type="checkbox"/> Madre rehusó <input type="checkbox"/> Niño/niña discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES:		