

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

CONTROL OPERATIVO

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

I. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN (PARA CUIDADOR(A) QUE NO VIVE EN EL HOGAR DEL NIÑO/NIÑA SELECCIONADO/SELECCIONADA)

101. ENTREVISTADOR(A): ¿Vive el cuidador principal en el mismo hogar que el niño/niña seleccionado/seleccionada para la intervención?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→103						
102. Nombre, apellido y número de orden de la persona:	_____ __ _	→IV						
103. Nombre y apellido	_____							
104. Fecha de Nacimiento:	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>_ _ </td> <td>_ _ </td> <td>_ _ _ _ </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	_ _	_ _	_ _ _ _	
Día	Mes	Año						
_ _	_ _	_ _ _ _						
105. Dirección: _____	106. Barrio o Vereda: _____							
107. a. Teléfono fijo: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	b. Teléfono celular: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
108. ¿Cuál es su estado civil?	Unión libre 1 <input type="checkbox"/> Casado/a 2 <input type="checkbox"/> Viudo/a 3 <input type="checkbox"/> Separado/a o divorciado/a 4 <input type="checkbox"/> Soltero/a 5 <input type="checkbox"/>							
109. ¿Cuál es su relación con el jefe de su hogar?	Jefe de Hogar 1 <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero/a 2 <input type="checkbox"/> Hijo/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?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ 117
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 _____	
116a	ENTREVISTADOR(A): Revise pregunta 104, ¿la edad está entre 10 y 49 años?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	→ 118
117	¿Está usted embarazada?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> NA 3 <input type="checkbox"/>	
118	De acuerdo con sus características culturales, considera que pertenece usted a: (lea opciones)	Alguna etnia Indígena 1 <input type="checkbox"/> Comunidad Afro-descendiente 2 <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico 3 <input type="checkbox"/>	
119	¿A su hogar le han hecho la encuesta del SISBEN?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	→ 122 → 122
120	¿En qué año le hicieron la encuesta del SISBEN por última vez?	Año _____ No Sabe 3 <input type="checkbox"/>	
121	¿En qué nivel lo clasificaron?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No sabe 7 <input type="checkbox"/>	
122	¿Es afiliado(a) o beneficiario(a) de algún sistema de salud?	EPS Régimen Contributivo 1 <input type="checkbox"/> EPS Régimen Subsidiado 2 <input type="checkbox"/> Régimen especial 3 <input type="checkbox"/> No afiliado(a) 4 <input type="checkbox"/>	
123	¿Tiene usted carta de desplazado(a)?	Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	

II. EDUCACIÓN			
ENTREVISTADOR(A): Sólo para cuidador que no vive en el hogar del niño			
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?		
	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"/> 8 <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.	<p>Durante los últimos 15 días, contados hasta hoy, ¿dejó usted de realizar sus actividades normales/diarias debido a problemas de salud? (como ir a trabajar, hacer quehaceres de la casa, ir a la escuela, ir al mercado, cuidar de sus hijos)</p> <p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántos días? __ __ </p> <p>NO 2 <input type="checkbox"/></p>
302.	<p>En los últimos 12 meses, 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) durante 7 días consecutivos o más debido a problemas de salud?</p> <p>a. Sí 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Durante cuántos días? __ __ </p> <p>NO 2 <input type="checkbox"/></p>
303.	<p>Durante los últimos 12 meses, contados hasta hoy, ¿usted padeció alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a. Cáncer Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. VIH Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Alguna enfermedad grave crónica (Diabetes, enf. cardiovascular, enf. Bronquial, cirrosis, osteoporosis) Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p>
304.	<p>¿Tiene usted alguna dificultad permanente para...</p> <p>a. ... caminar? Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>b. ... hacer actividades vigorosas como correr o transportar objetos pesados? Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>c. ... ver, escuchar, o hablar? Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>d. ... bañarse o vestirse? Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p> <p>e. ... concentrarse, aprender o acordarse de las cosas? Sí 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/></p>

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**

IV. FUERZA DE TRABAJO	
401.	<p>En una semana normal, de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana cuida usted de _____? __ __ días</p>
402.	<p>En una semana normal, de lunes a domingo, en promedio, ¿cuántas horas al día pasa usted cuidando a _____? __ __ horas</p>
403.	<p>¿Recibe usted un pago por realizar esta actividad? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 405</p>
404.	<p>¿Cuánto dinero recibe y con qué frecuencia?</p> <p>a. \$ _____</p> <p>b. Día 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Semana 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Cada diez días 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Cada quince días 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Mes 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro (especifique) _____ 6 <input type="checkbox"/></p>
405.	<p>Normalmente, ¿dónde cuida usted a _____?</p> <p>Casa del niño(a) seleccionado(a) 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Su casa (la del cuidador) 2 <input type="checkbox"/></p> <p>En un centro/establecimiento de cuidado 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro 4 <input type="checkbox"/></p>
406.	<p>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 __ __ </p>

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"/>	→V
		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"/>	
408.	En una semana normal , de lunes a domingo, ¿cuántas horas al día dedica usted a esta actividad?	_____ horas		
409.	En una semana normal , de lunes a domingo, ¿cuántos días a la semana dedica usted a esta actividad?	_____ días		

V. USO DEL TIEMPO

ENTREVISTADOR(A): en la pregunta 503, mencione el nombre del niño/niña seleccionado/seleccionada

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

501.	Trabajar por un jornal, salario o sueldo; o en un negocio propio (vendiendo productos, artesanías, etc.); o en su propia granja (cultivando la tierra, cuidando y criando animales, etc.)	a. _____ horas b. _____ minutos
502.	Trasladarse a trabajar, al mercado, al centro de salud, etc.	a. _____ horas b. _____ minutos
503.	Cuidar a _____ (incluye alimentar, vestir, bañar, sacar a pasear, jugar, etc.)	a. _____ horas b. _____ minutos
504.	Realizar actividades domésticas como cocinar, ayudar en oficios de su hogar, lavar y planchar ropa, hacer compras de alimentos, coser, limpiar, cargar agua, la leña o tirar la basura, etc.	a. _____ horas b. _____ minutos
505.	Llevar/recoger algún miembro de su hogar, a/de la escuela, guardería, salacuna o jardín, lugar de trabajo, centro de salud, hospital, etc.	a. _____ horas b. _____ minutos
506.	Cuidar a niños/niñas pequeños/pequeñas miembros de su hogar (incluye alimentar, vestir, bañar, sacar a pasear, jugar, etc.)	a. _____ horas b. _____ minutos
507.	Cuidar a algún miembro de su hogar que esté enfermo (o cuidar a ancianos en el hogar que no puedan valerse por sí mismos - incluye alimentar, vestir, bañar, etc.)	a. _____ horas b. _____ minutos
508.	Otras actividades que no haya mencionado y a las cuales haya dedicado bastante tiempo (por favor detallar) (por ejemplo visitando familiares, ayudando a vecinos o parientes, etc.). c. Cuáles? _____	a. _____ horas b. _____ minutos
509.	¿Fue este último día laborable, un día laborable normal?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

VI CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL

601. A continuación, le voy a leer algunas afirmaciones acerca de los niños de entre 12 y 24 meses. Algunas de estas afirmaciones le pueden parecer verdaderas y otras falsas. Piense acerca de lo que usted sabe sobre los niños/niñas **con edad entre 12 y 24 meses** y señálemelo de la siguiente escala lo que usted cree:

- (1) No es cierto
 (2) Es un poco cierto (pero no del todo cierto)
 (3) Es cierto
 (4) Muy cierto o totalmente cierto

	Qué tan cierto es que...	1. No es cierto	2. Es un poco cierto	3. Es cierto	4. Muy 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 con edad entre 12 y 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	meses comprendan lo que uno les dice antes de contarles historias y cuentos.				
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 ocupada 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 bebé afecta 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 su 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"/>

VII. ESCALA DE DEPRESIÓN CESD

ENTREVISTADOR(A): 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 -- en los últimos 7 días, contados hasta hoy.

701. ¿Pasó algo fuera de lo común que le molestara o que le hiciera sentir mal durante **los últimos 7 días** contados hasta hoy (es decir, si hoy es miércoles, desde el jueves anterior)?

a. Sí → b. ¿qué fué? _____
NO

Todas las personas nos sentimos tristes algunas veces y otras veces no. Ahora le voy a leer unas frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado durante los últimos 7 días contados hasta hoy:.

702. Piense en los últimos 7 días contados hasta hoy, (por ejemplo, si hoy es miércoles, desde el jueves anterior), ¿dígame qué tan seguido se ha sentido usted de esta manera: (Leer opciones de respuesta después de cada ítem o pregunta)	0. Casi nunca o ninguna vez (Menos de 1 día)	1. Pocas veces (Entre 1 y 2 días)	2. Varias veces (Entre 3 y 4 días)	3. Casi todo el tiempo (Entre 5 y 7 días)
a. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tenía dificultad en mantener su atención en lo que hacía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se sintió con esperanza de su futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se sintió deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sintió que todo lo que hacía le costaba un gran esfuerzo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se sintió con miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Durmió mal en la noche (es decir, descansó poco)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se sintió contenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se sintió sola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sintió que no tenía ganas de hacer nada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

