

CUESTIONARIO CUIDADORES COMPARACIÓN

EDUCACIÓN INICIAL
2014- TERCER LEVANTAMIENTO

IDENTIFICADOR CUIDADOR

2C

Fecha de la entrevista	DIA / MES / AÑO ___/___/ Junio/Julio/ 2014
Investigador	CLAVE ___
Hora de inicio	___ hrs. ___ min.

Investigador de campo: Antes de comenzar por favor verifique lo siguiente:

- a) Que el/la cuidador/a, salvo explicación en contrario, sea el/la mismo/a que respondió en alguno de los dos levantamientos previos del CIDE.
- b) Que la edad del niño/a que proporcione en este cuestionario sea la misma proporcionada en el cuestionario de hogar. Si hay diferencia, verificar con el/la cuidador/a cuál es la correcta.
- c) Que esta entrevista se realice preferentemente sin presencia de personal de CONAFE.

Sección 1

Datos Generales

1. ¿El/La cuidador(a) es el/la mismo(a) que respondió en alguno de los dos levantamientos previos del CIDE?

- ☐ 1. Sí, solo en el primero
☐ 3. Sí, solo en el segundo
☐ 4. Sí, en ambos



Pase a pregunta 1.c

☐ 2. No

Explique por qué no es el mismo:

1 |
1e

Sección 1
Datos Generales
Investigador:

- a) Si el menor que fue entrevistado en el levantamiento anterior no se encuentra en este hogar, por favor continúe la entrevista solicitando al cuidador que piense en el/la niño/niña de menor edad en el hogar.
- b) Si es posible localizar al menor que fue entrevistado en el levantamiento anterior en otro hogar de la misma comunidad, programe la visita al nuevo hogar de ese niño/a, comenzando desde el “Cuestionario Hogar”.

2. ¿El nombre y la edad del menor es la misma que proporcionó el jefe de hogar en el cuestionario “Hogar”? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No, por favor valide el nombre y la edad correcta con el/la cuidador(a) 2.b Nombre(s), apellido paterno, apellido materno: _____ 2.c. Fecha de nacimiento: _____ día _____ mes _____ año 2.d. Edad: _____ años _____ meses							2a <input type="text"/> 2.b.e 2.c.d <input type="text"/> 2.c.m <input type="text"/> 2.c.a <input type="text"/> 2.d.a <input type="text"/> 2.dm <input type="text"/>
3. ¿Cuál es el nombre completo del cuidador?	3.0.1. Nombre(s) _____ 3.0.2. Apellido Paterno _____ 3.0.3. Apellido Materno _____					3.0.1e 3.0.2e 3.0.3e	
3.1 ¿Qué parentesco tiene con [NOMBRE del/la niño(a)]?	Madre 1	Padre 2	Hermana(o) 3	Abuela(o) 4	Tía(o) 5	Otro (especifique) 10 _____ _____ _____	3.1 <input type="text"/>
4. ¿Por cuánto tiempo ha vivido en esta comunidad?	_____ años _____ meses [] 777 No vive en la comunidad. Especifique en cuál vive: _____					4a <input type="text"/> 4m <input type="text"/> 4n <input type="text"/> 4ne	
4.1 ¿Por cuánto tiempo ha cuidado de [NOMBRE del/la niño(a)]?	_____ años _____ meses [] 88 No sabe/No recuerda					4.1a <input type="text"/> 4.1m <input type="text"/>	
5. ¿Ha asistido a sesiones para Cuidador del programa de Educación Inicial de CONAFE desde la última entrevista?	<input type="checkbox"/> 1. Sí, ¿Cuántas? _____ Sesiones <input type="checkbox"/> 2. No					5 <input type="text"/> 5s <input type="text"/>	

Sección 1		Datos Generales	
Para responder a todas las siguientes preguntas, por favor piense en [NOMBRE DEL NIÑO DE MENOR EDAD, SALVO EXPLICACIÓN EN CONTRARIO]:			
6. Además de usted ¿Quién ha ayudado en el cuidado o crianza de [NOMBRE del/la niño/a]?	Nombre completo	Parentesco con [NOMBRE]	Código
			6.1e
			6.2e
			6.3e
			6.4e
			6.5e
			6.6e
			6.7e
7. ¿Qué lenguas habla Usted? <i>(Más de una opción es posible)</i>	<input type="checkbox"/> 7.0.1 Español <input type="checkbox"/> 7.0.2 Indígena <input type="checkbox"/> 7.0.3 Lengua extranjera <i>(Si sólo mencionó español, pasar a la pregunta 8)</i>		7.0.1 __ 7.0.2 __ 7.0.3 __
7.1 ¿En qué lengua(s) platica la mayor parte del tiempo con [NOMBRE]?	Respetar el orden en que menciona las lenguas 7.1.1 _____ 7.1.2 _____ 7.1.3 _____		7.1.1 7.1.2 7.1.3
8. ¿Actualmente alguien del hogar de [NOMBRE] es beneficiario del Programa Oportunidades? Hogar: Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo (vivienda) que comparten gastos en común y que pueden tener o no parentesco.	<input type="checkbox"/> 1. Sí ¿Qué tipo de beneficio tiene? _____ <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 9. No responde		8 __ 8e
8.1 ¿Desde hace cuánto tiempo?	_____ ____ años ____ ____ meses <input type="checkbox"/> 88. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No responde		8.1a ____ 8.1m ____

Sección 1		Datos Generales				
9. ¿Alguna vez alguien del hogar de [NOMBRE] fue beneficiario del Programa Oportunidades?	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 8. No sabe <input type="checkbox"/> 9. No responde					9 <input type="text"/>
		(Pase a la pregunta 10)				
9.1 ¿Por cuánto tiempo fue/fueron beneficiarios?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 88. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No responde					9.1a <input type="text"/> 9.1m <input type="text"/>
10. ¿En el hogar de [NOMBRE] se ha recibido algún apoyo proveniente de: (Más de una opción es posible)	Programa	Sí	No	No sabe	No responde	
	10.1 Seguro Popular?	1	2	8	9	10.1 <input type="text"/>
	10.2 Procampo?	1	2	8	9	10.2 <input type="text"/>
	10.3 Becas educativas?	1	2	8	9	10.3 <input type="text"/>
	10.4 Adultos mayores?	1	2	8	9	10.4 <input type="text"/>
	10.5 Otros programas de gobierno? Especifique: _____ _____ _____	1	2	8	9	10.5 <input type="text"/> 10.5e <input type="text"/>
11. ¿En el hogar de [NOMBRE] se ha recibido algún apoyo económico (como dinero, envío de dinero, ropa, despensa, etc.) proveniente de: (Más de una opción es posible)	Fuente	Sí	No	No sabe	No responde	
	11.1 Personas que viven en otro país?	1	2	8	9	11.1 <input type="text"/>
	11.2 Personas que viven en el país?	1	2	8	9	11.2 <input type="text"/>
	11.3 Otras fuentes? Especifique: _____ _____ _____	1	2	8	9	11.3 <input type="text"/> 11.3e <input type="text"/>
12. La última vez que usted o algún miembro del hogar de [NOMBRE] requirió atención médica, ¿en dónde se atendió? (Más de una opción es posible)	<input type="checkbox"/> 12.1. Hospital, clínica, o consultorio de gobierno <input type="checkbox"/> 12.2. Hospital, clínica, o consultorio privado <input type="checkbox"/> 12.3. Otros Especifique _____					12.1 <input type="text"/> 12.2 <input type="text"/> 12.3 <input type="text"/>

Sección 2		Prácticas de crianza (<i>The Home SF</i>)	
Investigador: circule el rango en que se encuentra el niño sobre el que se proporcionarán datos.	Rango de edad		Pase a...
	0 – 35 meses		Sección 2A (0 a 35 meses)
	36 – 72 meses		Sección 2B (36 a 72 meses)
Sección 2A		Entrevista edades 0 a 35 meses	
Preguntas Investigador	Escala		Código
14. ¿Qué tan seguido hay oportunidad de que [NOMBRE] salga de casa?	<input type="checkbox"/> 5 Todos los días <input type="checkbox"/> 4 Cuatro o más veces por semana <input type="checkbox"/> 3 Unas cuantas veces por semana <input type="checkbox"/> 2 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 1 Unas cuantas veces por mes o menos		14 __
15. ¿Alrededor de cuántos libros infantiles tiene [NOMBRE]? (Pueden ser libros compartidos)	<input type="checkbox"/> 4 Diez o más libros <input type="checkbox"/> 3 Tres a nueve libros <input type="checkbox"/> 2 Uno o dos libros <input type="checkbox"/> 1 Ninguno		15 __
16. ¿Con qué frecuencia tiene oportunidad de leer, contar cuentos o historias a [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces por año <input type="checkbox"/> 3 Algunas veces por mes <input type="checkbox"/> 4 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 5 Aproximadamente 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 6 Todos los días		16 __
17. ¿Con qué frecuencia lleva a [NOMBRE] al mercado, al tianguis o a la tienda?	<input type="checkbox"/> 1 Dos veces por semana o más <input type="checkbox"/> 2 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 3 Una vez por mes <input type="checkbox"/> 4 Casi nunca		17 __
18. ¿Aproximadamente cuántos juguetes como muñeco/as o peluches tiene [NOMBRE], si es que los tiene? (Pueden ser juguetes compartidos)	<input type="checkbox"/> 4 Diez o más juguetes <input type="checkbox"/> 3 Tres a nueve juguetes <input type="checkbox"/> 2 Uno o dos juguetes <input type="checkbox"/> 1 Ninguno		18 __

19. ¿Aproximadamente cuantos juguetes para jalar o empujar tiene [NOMBRE], si los tiene? (Pueden ser juguetes compartidos)	<input type="checkbox"/> 4 Diez o más juguetes <input type="checkbox"/> 3 Tres a nueve juguetes <input type="checkbox"/> 2 Uno o dos juguetes <input type="checkbox"/> 1 Ninguno	19 __
20. Algunos padres dedican tiempo a enseñar a sus hijos, mientras que otros padres opinan que los niños aprenden mejor por si solos . ¿Cuál de las siguientes frases se acerca más a lo que usted piensa?	<input type="checkbox"/> 1 Los padres deben dedicar tiempo para enseñar a sus hijos siempre <input type="checkbox"/> 2 Los padres deben dejar que sus hijos aprendan por si solos siempre <input type="checkbox"/> 3 Los padres deben dedicar tiempo para enseñar a sus hijos la mayoría de las veces <input type="checkbox"/> 4 Los padres deben dejar que sus hijos aprendan por si solos la mayoría de las veces	20 __
21. En un día normal de su familia entre lunes y viernes, ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión en casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión en casa)	21h __ __ 21m __ __
21.1. En un día normal de su familia entre lunes y viernes ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión fuera de su casa (por ejemplo, casa de algún familiar o vecino)?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión fuera de su casa)	21.1h __ __ 21.1m __ __
22. En un día normal de su familia, en fin de semana (sábado o domingo), ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión en casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión en casa)	22h __ __ 22m __ __
22.1. En un día normal de su familia, en fin de semana (sábado o domingo) ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión fuera de su casa? (por ejemplo, casa de algún familiar o vecino)	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión fuera de su casa)	22.1h __ __ 22.1m __ __
23. ¿Aproximadamente cuántas horas al día está prendida la televisión en su casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. <input type="checkbox"/> 77 No tiene televisión/no funciona/No responde	23h __ __ 23m __ __

24. ¿El padre de [NOMBRE] vive en el mismo hogar que la madre de [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Sí (<i>Ir a pregunta 28</i>) <input type="checkbox"/> 2 No	24 __
25. ¿Alguna vez [NOMBRE] ve a su padre o a alguien a quien usted considera como una figura paterna?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No (<i>Ir a pregunta 31</i>)	25 __
26. Esta persona es:	<input type="checkbox"/> 1 Padre de [NOMBRE] <input type="checkbox"/> 2 Padrastro de [NOMBRE] <input type="checkbox"/> 3 Otra figura paterna de [NOMBRE] Especifique relación: _____	26 __
27. ¿Cuál es la relación que tiene usted con el padre/padrastro/otra figura paterna de [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Esposo <input type="checkbox"/> 2 Ex esposo <input type="checkbox"/> 3 Pareja <input type="checkbox"/> 4 Ex pareja <input type="checkbox"/> 5 Novio <input type="checkbox"/> 6 Ex novio <input type="checkbox"/> 7 Amigo <input type="checkbox"/> 8 Padre <input type="checkbox"/> 9 Abuelo <input type="checkbox"/> 10 Hermano <input type="checkbox"/> 11 Tío <input type="checkbox"/> 12 Otro Especificar _____	27 __ 27e
28. ¿[NOMBRE] ve todos los días a su padre/padrastro/otra figura paterna?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	28 __

<p>29. ¿Con qué frecuencia [NOMBRE] come junto con su madre y su padre/padrastro/otra figura paterna?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Más de una vez por día</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Una vez por día</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Algunas veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Aproximadamente una vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Aproximadamente una o dos veces por mes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>29 __ </p>
<p>30. ¿Qué tan apegado/a se siente [NOMBRE] a su padre/padrastro/otra figura paterna? Él/ella se siente...</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Muy apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Poco o algo apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nada apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No conoce/no tiene contacto con padre/padrastro/otra figura paterna</p>	<p>30 __ </p>
<p>31. Los niños parecen requerir atención cuando sus padres están ocupados. ¿Con qué frecuencia platica con [NOMBRE] cuando usted está ocupado/a en casa?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Nunca</p>	<p>31 __ </p>
<p>32. ¿Qué tan apegado/a se siente [NOMBRE] a su mamá? Él/ella se siente...</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Muy apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Poco o algo apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nada apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No conoce/no tiene contacto con la mamá</p>	<p>32 __ </p>
<p>33. A veces los niños se portan bien y otras veces no. En la última semana, ¿aproximadamente cuantas veces, si es que sucedió, tuvo que dar una nalgada a [NOMBRE]?</p>	<p>_____ veces</p>	<p>33 __ __ </p>



Investigador, pase a la Sección 3, pregunta 56, para continuar con la entrevista

Sección 2B			Entrevista edades de 36 a 72 meses		
Preguntas Investigador	Escala	Código			
34. ¿Con qué frecuencia lee, cuenta cuentos o historias a [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces por año <input type="checkbox"/> 3 Algunas veces por mes <input type="checkbox"/> 4 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 5 Aproximadamente 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 6 Todos los días	34 __			
35. ¿Aproximadamente cuántos libros infantiles tiene [NOMBRE]? (Pueden ser libros compartidos)	<input type="checkbox"/> 4 Diez o más libros <input type="checkbox"/> 3 Tres a nueve libros <input type="checkbox"/> 2 Uno o dos libros <input type="checkbox"/> 1 Ninguno	35 __			
36. ¿Aproximadamente cuántas revistas (cualquier tipo de revista) hay en casa de [NOMBRE]? <i>Investigador: incluir historietas</i>	<input type="checkbox"/> 1 Ninguna <input type="checkbox"/> 2 Una <input type="checkbox"/> 3 Dos <input type="checkbox"/> 4 Tres <input type="checkbox"/> 5 Cuatro o más	36 __			
37. ¿[NOMBRE] utiliza algún aparato para escuchar música? (puede ser compartido)	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No (Pase a la pregunta 38)	37 __			
37.1. [NOMBRE] puede escuchar discos o cintas para niños? (pueden ser compartidos)	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	37.1 __			

38. Por favor indique para cual de las siguientes actividades usted (o alguien más) ayuda a [NOMBRE] en casa:	RESPUESTA				
	Si	No	No sabe	No responde	
38.1. ... a aprender números?	1	2	8	9	38.1B __
38.2. ... a aprender letras?	1	2	8	9	38.2B __
38.3. ... a aprender colores?	1	2	8	9	38.3B __
38.4. ... a aprender formas y tamaños?	1	2	8	9	38.4B __
39. ¿Qué tanto permite que [NOMBRE] elija lo que quiere comer?	<input type="checkbox"/> 1 Mucho <input type="checkbox"/> 2 Algo <input type="checkbox"/> 3 Poco <input type="checkbox"/> 4 Nada				39 __
40. La mayoría de los niños se enojan de vez en cuando con las personas que los cuidan. Si [NOMBRE] se enojara tanto como para que llegue a pegarle a usted, ¿qué es lo que usted haría?	<p>Escriba la respuesta tal como la menciona la madre/cuidadora y seleccione todas las que apliquen de la siguiente sección:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> 1 Regresarle el golpe <input type="checkbox"/> 2 Enviarle/a otro cuarto <input type="checkbox"/> 3 Darle una nalgada <input type="checkbox"/> 4 Regañarlo <input type="checkbox"/> 5 Hablar con él/ella <input type="checkbox"/> 6 No darle importancia al golpe/ignorar el golpe <input type="checkbox"/> 7 Dejarle alguna tarea para hacer en el hogar <input type="checkbox"/> 8 Quitarle algo que le guste <input type="checkbox"/> 9 Sostener sus manos hasta que se calme <input type="checkbox"/> 10 Darle al niño/a un tiempo para que medite sus acciones <input type="checkbox"/> 11 Otro				40e 40.1 __ 40.2 __ 40.3 __ 40.4 __ 40.5 __ 40.6 __ 40.7 __ 40.8 __ 40.9 __ 40.10 __ 40.11 __ 40.11e

41. ¿Qué tan seguido algún miembro de su familia lleva a [NOMBRE] en alguna salida? (por ejemplo, a hacer una compra o ir a un día de campo)	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces por año <input type="checkbox"/> 3 Aproximadamente una vez por mes <input type="checkbox"/> 4 Aproximadamente dos o tres veces por mes <input type="checkbox"/> 5 Algunas veces por semana <input type="checkbox"/> 6 Aproximadamente una vez por semana	41 __
42. En el último año, ¿Qué tan seguido algún miembro de su familia ha llevado a [NOMBRE] a algún lugar histórico, centro arqueológico, museo, etc.?	<input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Una o dos veces <input type="checkbox"/> 3 Algunas veces <input type="checkbox"/> 4 Aproximadamente una vez por mes <input type="checkbox"/> 5 Aproximadamente una vez por semana o más	42 __
43. En un día normal de su familia entre lunes y viernes, ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión en casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión)	43h __ __ 43m __ __
43.1. En un día normal de su familia entre lunes y viernes, ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión fuera de su casa (por ejemplo, casa de algún familiar o vecino)?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión fuera de su casa)	43.1h __ __ 43.1m __ __
44. En un día normal de su familia, en fin de semana (sábado o domingo), ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión en casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión)	44h __ __ 44m __ __
44.1. En un día normal de su familia, en fin de semana (sábado o domingo), ¿Cuánto tiempo considera que [NOMBRE] ve televisión fuera de su casa (por ejemplo, casa de algún familiar o vecino)?	__ __ horas __ __ minutos por día. (Ponga 0 si no ve televisión fuera de su casa)	44.1h __ __ 44.1m __ __
45. ¿Aproximadamente cuantas horas al día está prendida la televisión en su casa?	__ __ horas __ __ minutos por día. <input type="checkbox"/> 77 No tiene televisión/no funciona	45h __ __ 45m __ __

46. ¿El padre de [NOMBRE] vive en el mismo hogar que la madre de [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Sí (Ir a pregunta 50) <input type="checkbox"/> 2 No	46 __
47. ¿Alguna vez [NOMBRE] ve a su padre o a alguien a quien usted considera como una figura paterna?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No (Ir a pregunta 53)	47 __
48. Esta es persona es:	<input type="checkbox"/> 1 Padre de [NOMBRE] <input type="checkbox"/> 2 Padrastro de [NOMBRE] <input type="checkbox"/> 3 Otra figura paterna de [NOMBRE] Especifique relación: _____	48 __
49. ¿Cuál es la relación que tiene usted con el padre/padrastro/otra figura paterna de [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Esposo <input type="checkbox"/> 2 Ex esposo <input type="checkbox"/> 3 Pareja <input type="checkbox"/> 4 Ex pareja <input type="checkbox"/> 5 Novio <input type="checkbox"/> 6 Ex novio <input type="checkbox"/> 7 Amigo <input type="checkbox"/> 8 Padre <input type="checkbox"/> 9 Abuelo <input type="checkbox"/> 10 Hermano <input type="checkbox"/> 11 Tío <input type="checkbox"/> 12 Otro Especificar _____	49 __
50. ¿[NOMBRE] ve diario a su padre/padrastro/otra figura paterna?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No	50 __

<p>51. ¿Con qué frecuencia [NOMBRE] come junto con su madre y su padre/ padrastro/otra figura paterna?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Más de una vez por día</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Una vez por día</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Algunas veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Aproximadamente una vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Aproximadamente una o dos veces por mes</p> <p><input type="checkbox"/> 6 Nunca</p>	<p>51 <input type="text"/></p>
<p>52. ¿Qué tan apegado/a se siente [NOMBRE] a su padre/padrastro/otra figura paterna? Él/ella se siente...</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Muy apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Poco o algo apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nada apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No conoce/no tiene contacto con padre/padrastro/otra figura paterna</p>	<p>52 <input type="text"/></p>
<p>53. ¿Qué tan apegado/a se siente [NOMBRE] a su mamá? Él/ella se siente...</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Muy apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Poco o algo apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nada apegado/a</p> <p><input type="checkbox"/> 5 No conoce/no tiene contacto con la mamá</p>	<p>53 <input type="text"/></p>
<p>54. Los niños parecen requerir atención cuando sus padres están ocupados. ¿Con qué frecuencia platica con [NOMBRE] cuando usted está ocupado/a en casa?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 3 A veces</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Nunca</p>	<p>54 <input type="text"/></p>
<p>55. A veces los niños se portan bien y otras veces no. En la última semana, ¿aproximadamente cuantas veces, si es que sucedió, tuvo que dar una nalgada a [NOMBRE]?</p>	<p><input type="text"/> veces</p>	<p>55 <input type="text"/></p>

Sección 3		Prácticas de crianza				
56. Ahora le voy a pedir por favor que me diga si se presentan las siguientes actividades o situaciones: <i>circule sólo una opción por cada actividad o situación</i>	RESPUESTA					Código
	Sí	No	No sabe	No responde	N/A	
56.1 ¿Usted lleva a (NOMBRE) a una revisión médica aun cuando no esté enfermo/a?	1	2	8	9	7	56.1 <input type="text"/>
56.2 ¿Usted juega con [NOMBRE]?	1	2	8	9	7	56.2 <input type="text"/>
56.3 ¿Usted canta con [NOMBRE]?	1	2	8	9	7	56.3 <input type="text"/>
56.4 ¿[NOMBRE] tiene algún instrumento musical comprado o hecho a mano?	1	2	8	9	7	56.4 <input type="text"/>
56.5 ¿El papá/figura paterna de [NOMBRE] le ayuda a preparar la comida de (NOMBRE)? <i>Si el entrevistado es el papá, marque 7 (no aplica)</i>	1	2	8	9	7	56.5 <input type="text"/>
56.6 ¿El papá/figura paterna de [NOMBRE] le ayuda a vestir/cambiar a (NOMBRE)? <i>Si el entrevistado es el papá, marque 7 (no aplica)</i>	1	2	8	9	7	56.6 <input type="text"/>
56.7 ¿El papá/figura paterna de [NOMBRE] juega con [NOMBRE]? <i>Si el entrevistado es el papá, marque 7 (no aplica)</i>	1	2	8	9	7	56.7 <input type="text"/>
56.8 ¿El papá/figura paterna carga a [NOMBRE]? <i>Si el entrevistado es el papá, marque 7 (no aplica)</i>	1	2	8	9	7	56.8 <input type="text"/>
57. ¿Como demuestra a [NOMBRE] que usted lo/a quiere? <i>Investigador:</i> - No lea las opciones. - Marque todas las que le mencionen.	<input type="checkbox"/> 1 Le dice que lo/la quiere <input type="checkbox"/> 2 Lo/la abraza <input type="checkbox"/> 3 Lo/la besa <input type="checkbox"/> 4 Juega con él/ella <input type="checkbox"/> 5 Platica con él/ella <input type="checkbox"/> 6 No lo/la regaña <input type="checkbox"/> 7 No le pega <input type="checkbox"/> 8 Lo/la lleva a lugares que le gustan <input type="checkbox"/> 9 Le regala algo <input type="checkbox"/> 10 Otro Especificar _____					57.1 <input type="text"/> 57.2 <input type="text"/> 57.3 <input type="text"/> 57.4 <input type="text"/> 57.5 <input type="text"/> 57.6 <input type="text"/> 57.7 <input type="text"/> 57.8 <input type="text"/> 57.9 <input type="text"/> 57.10 <input type="text"/> 57.10e

58. ¿Cuántas veces al día come [NOMBRE]?	_____ veces	58 __ __
58.1. ¿Qué tipo de alimentos le da a [NOMBRE]? <i>Investigador:</i> Registre hasta cinco opciones Si menciona carne, pregunte de que tipo Si menciona verduras, pregunte de que tipo	_____ _____ _____ _____ _____ <i>Anotar en el orden en el que se mencionan</i>	58.1 __
59. En los últimos 30 días, ¿se enfermó [NOMBRE]?	<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No (Pasar a la pregunta 60)	59 __
59.1. ¿Cuántos días duró enfermo/a?	__ __ días __ __ __ 777 Enfermedad crónica	59.1 __ __

Sección 4. Expectativas sobre educación		
	RESPUESTA	Código
	Nivel	
60. ¿Hasta qué nivel educativo cree que estudiará [NOMBRE]? Investigador: No lea las opciones	<input type="checkbox"/> 1. Primaria	60 __ 60.8 __ 60.8Ms __ __ 60.8Mn __ __
	<input type="checkbox"/> 2. Secundaria	
	<input type="checkbox"/> 3. Preparatoria	
	<input type="checkbox"/> 4. Licenciatura	
	<input type="checkbox"/> 5. Posgrado	
	<input type="checkbox"/> 8. No sabe <i>Si responde esta opción, indíquelo en este espacio. Después pregunte lo siguiente para averiguar la respuesta de acuerdo con las opciones arriba descritas:</i> ¿Piensa que va a estudiar más o menos que usted? ¿Cuántos años más o cuantos años menos? Años más __ __ Años menos __ __	
	<input type="checkbox"/> 9. No responde	

61. ¿Usted piensa que inscribirán a [NOMBRE] en preescolar?	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 No (pase a la sección 5)	61 <input type="checkbox"/>
61.1. ¿A qué edad piensa que lo/la inscribirán?	<input type="text"/> <input type="text"/> años <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 88. No sabe <input type="checkbox"/> 99. No responde	61.1a <input type="text"/> <input type="text"/> 61.1m <input type="text"/> <input type="text"/>

Investigador: Completar la “Sección” 5 con los datos de seguimiento únicamente si la persona no ha proporcionado esta información ya, en el cuestionario “Hogar” (ejemplo: si es cuidador(a) que no forma parte del hogar de el/los niños(as) a los que cuida).

Sección 5	Datos de Seguimiento
62. Nos gustaría mantener el contacto con usted para entrevistas futuras. ¿Me podría proporcionar algunos datos que nos permitan ponernos en contacto posteriormente? Teléfono fijo: _____ <i>(si no tiene teléfono, puede ser la caseta telefónica pública)</i> Teléfono celular: _____	62.1 <input type="checkbox"/> 62.2 <input type="checkbox"/>
63. ¿Hay algún familiar u otra persona, que viva en la comunidad, con quien podríamos dejarle un recado en caso de que usted se mudara? Nombre: _____ Relación con el entrevistado: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Referencias o señas particulares de la vivienda (señales de su ubicación, de tal manera que facilite su posterior localización) _____	63.1e 63.2e 63.3e 63.4e 63.5e



- **Ahora aplique el ASQ a todos los niños de menos de 6 años 0 meses bajo el cuidado de este/a cuidador/a, hasta un máximo de 5 niños/as, empezando por el de menor edad. Asegúrese de incluir al niño que fue referido en el primer levantamiento.**

- Una vez concluidas las entrevistas del ASQ, POR FAVOR REGRESE A **COMPLETAR** las observaciones correspondientes (sobre el niño de menor edad o el niño que fue entrevistado en algún levantamiento previo del CIDE) y la información de seguimiento al final del presente cuestionario de cuidadores.

Sección 6A		Observaciones 0 a 35 meses		
Observaciones Investigador <i>Investigador, favor de tomar en cuenta estos puntos durante la entrevista o mientras espera para realizarla y llenarlos una vez que se llega a esta sección. Indicar en donde se realiza la entrevista/observación:</i>	<input type="checkbox"/> 1. Entrevista/observación realizada en lugar público <input type="checkbox"/> 2. Entrevista/observación realizada en hogar		A <input type="checkbox"/>	
Observación	Escala		Código	
	Sí	No		
64. Observó a [NOMBRE] y a su madre/cuidador(a) juntos en algún momento	1	2	64 __	
65. [Madre/cuidador(a)] habló de manera espontánea a [NOMBRE] dos veces o mas (excluyendo regaño(s))	1	2	65 __	
66. [Madre/cuidador(a)] respondió verbalmente cuando [NOMBRE] habló o vocalizó	1	2	66 __	
67. Madre/cuidador(a) acarició, besó, o abrazó a [NOMBRE] cuando menos una vez	1	2	67 __	
68. [Madre/cuidador(a)] dio una cachetada o nalgada a [NOMBRE] cuando menos una vez	1	2	68 __	
69. [Madre/cuidador(a)] interfirió con las acciones de [NOMBRE] o impidió que explorara su entorno más de tres veces?	1	2	69 __	
70. [Madre/cuidador(a)] proporcionó juguetes o actividades interesantes para [NOMBRE]	1	2	70 __	
71. [Madre/cuidador(a)] mantuvo a [NOMBRE] a la vista frecuentemente	1	2	71 __	
72. El área de juego de [NOMBRE] es segura	1	2	72 __	

Sección 6B		Observaciones 36 a 72 meses		
Observaciones Investigador <i>Investigador, favor de tomar en cuenta estos puntos durante la entrevista o mientras espera para realizarla y llenarlos una vez que se llega a esta sección. Indicar en donde se realiza la entrevista/observación:</i>		<input type="checkbox"/> 1. Entrevista/observación realizada en lugar publico <input type="checkbox"/> 2. Entrevista/observación realizada en hogar		B <input type="checkbox"/>
Observación		Escala		Código
		Si	No	
73. Observó a [NOMBRE] y a su madre/cuidador(a) juntos en algún momento		1	2	73 __
74. [Madre/cuidador(a)] conversó con [NOMBRE] por lo menos dos veces (excluyendo regaños o comentarios de sospecha)		1	2	74 __
75. [Madre/cuidador(a)] respondió verbalmente a las preguntas o peticiones de [NOMBRE]		1	2	75 __
76. Madre/cuidador(a) acarició, besó, o abrazó a [NOMBRE] cuando menos una vez		1	2	76 __
77. [Madre/cuidador(a)] presentó a [NOMBRE] por su nombre al Investigador		1	2	77 __
78. [Madre/cuidador(a)] restringió físicamente o sacudió a [NOMBRE]		1	2	78 __
79. [Madre/cuidador(a)] dio una cachetada o nalgada a [NOMBRE] cuando menos una vez		1	2	79 __
80. La voz de la [Madre/cuidador(a)] reflejó un sentimiento positivo acerca de [NOMBRE]		1	2	80 __
81. El área de juego de [NOMBRE] es segura (no hay riesgos potenciales estructurales o para su salud al alcance del niño en edad preescolar)		1	2	81 __
82. El interior de la casa es oscuro		1	2	82 __
83. Los cuartos que pudo observar en la casa estaban razonablemente limpios		1	2	83 __
84. Los cuartos que pudo observar en la casa no estaban abarrotados de cosas		1	2	84 __

Sección 7

Personas presentes en entrevista

Investigador, favor de indicar qué personas estuvieron presentes durante la entrevista 85. Personas presentes: <i>(Investigador: por favor marque todas las personas que estuvieron presentes)</i>	[]	1 Pareja	85.1	[]
	[]	2 Madre/padre del entrevistado	85.2	[]
	[]	3 Niños/as	85.3	[]
	[]	4 Otros familiares	85.4	[]
	[]	5 Alguien de CONAFE o autoridad municipal	85.5	[]
	[]	6 Alguna figura religiosa	85.6	[]
	[]	7 Otras	85.7	[]
	[]	8 Ninguna	85.8	[]

Comentarios finales

Investigador: escribir comentarios sobre este levantamiento, en caso de no haberlos, escribir “sin comentarios”

Bajo protesta de decir verdad, hago constar con mi firma que la información proporcionada en este cuestionario fue obtenida durante la entrevista realizada al hogar que forma parte de la muestra proporcionada por el CIDE, conforme al protocolo y lineamientos requeridos por dicha institución. De la misma forma, asumo cualquier responsabilidad tanto civil como penal que pudiera derivarse ya sea por el incumplimiento en el seguimiento a dichos protocolos, o bien por proporcionar información que no hubiera sido obtenida a través de una entrevista a la familia que forma parte de la muestra proporcionada por el CIDE.

Lugar y fecha: _____

Nombre del investigador de campo: _____

Correo electrónico para consultar dudas sobre este cuestionario:_____

Firma: _____

Hora de término |__|__| hrs. |__|__| mins



- ***Se concluye este cuestionario una vez que se hayan realizado todas las entrevistas del ASQ [máximo cinco niños(as)] y la sección de “Observaciones” (6A o 6B) en este cuestionario [únicamente de el/la niño(a) menor o de algún niño entrevistado en levantamientos anteriores].***
- ***Una vez concluido este cuestionario pase al cuestionario “Sobre Conducta Infantil V1 (CBQ) Comparación” y aplíquelo al “Cuidador Principal”.***