

THIS SURVEY IS AUTHORIZED BY JTPA TITLE IV PART D SECTION 452

BEGIN DECK 01

NORC-4512-C-02

OMB 1220-0109

EXP 12/31/90

CASE # _____ - | ____ | ____ |
01-06/ 07-08/

NORC
University of Chicago

CENTER FOR HUMAN RESOURCE RESEARCH
OHIO STATE UNIVERSITY

NATIONAL LONGITUDINAL SURVEY OF LABOR FORCE BEHAVIOR

SUPLEMENTO PARA LA MADRE

ROUND TWELVE

Youth Survey, 1990

INTERVIEWER

CODE ONE:

SELF ADMINISTERED..... 1

INTERVIEWER ADMINISTERED. 2

TELEPHONE ADMINISTERED... 3

11-12/

(1) HOME ENVIRONMENT

- (1A) 5
- (1B)11
- (1C)17
- (1D)25

(2) HOW MY CHILD ACTS

- (2A)33
- (2B)39
- (2C)43

(3) MOTOR/SOCIAL DEVELOPMENT

- (3)49
- (3A)51
- (3B)53
- (3C)55
- (3D)57
- (3E)59
- (3F)61
- (3G)63
- (3H)65

(4) BEHAVIOR PROBLEMS

.....57

(5) SCHOOL & FAMILY BACKGROUND

.....75

(6) INTERVIEWER REMARKS

.....81

MS CHART

**INTERVIEWER: Circle parts Mother should complete.
At end of interview, cross out each completed part below.**

CHILD'S AGE	The Home	How Child Acts	Motor/Soc Development	Behavior Problems	Sch/Fam Bckgrnd	Intv. Remarks
BIRTH:						
0 MOS-3 MOS	1A	2A	3A			6
4 MOS-6 MOS	1A	2A	3B			6
7 MOS-9 MOS	1A	2A	3C			6
10 MOS-11 MOS	1A	2A	3D			6
1 YEAR	1A	2B	3D			6
1 YR,1 MOS-1 YR,3MOS	1A	2B	3E			6
1 YR,4 MOS-1 YR,6MOS	1A	2B	3F			6
1 YR,7 MOS-1 YR,9MOS	1A	2B	3G			6
1 YR,10MOS-1 YR,11MOS	1A	2B	3H			6
2 YRS-2 YRS, 11 MOS	1A	2C	3H			6
3 YRS-3 YRS, 11 MOS	1B	2C	3H			6
4 YRS-5 YRS, 11 MOS	1B	2C		4		6
6 YRS-6 YRS, 11 MOS	1C	2C		4		6
7 YRS-9 YRS, 11 MOS	1C			4		6
10 YRS AND OLDER	1D			4	5	6
	The Home	How Child Acts	Motor/Soc Development	Behavior Problems	Sch/Fam Bckgrnd	Intv. Remarks

1. _____
(CHILD'S FULL NAME) 13-42/

2. **INTERVIEWER:** IS THIS MS BEING COMPLETED THE SAME DAY AS THE CS?
YES.....(SKIP TO Q.5).....1
NO.....(GO TO Q.3).....0 43-44/

3. RECORD DATE THIS SUPPLEMENT IS BEING COMPLETED. | 9 | 0 | | | |
YEAR MONTH DAY 45-48/

4. RECORD CHILD'S DOB FROM CHILD FACE SHEET (ITEM 2). | | | | | |
YEAR MONTH DAY 49-54/

5. [RECORD CHILD'S AGE FROM CHILD FACESHEET (ITEM 3). COMPUTE CHILD'S AGE BY SUBTRACTING Q.4 FROM Q.3.] | | | | | |
YEARS MONTHS DAYS 55-60/

6. CIRCLE AGE-APPROPRIATE SECTIONS ON MS CHART ON INSIDE COVER. WRITE CHILD'S NAME AT TOP OF APPROPRIATE SECTIONS. BEGIN DECK 02

7. WRITE IN FULL NAME OF PERSON COMPLETING THIS SUPPLEMENT.

(FULL NAME OF MOTHER/GUARDIAN) 11-40/

8. WHAT IS THIS PERSON'S RELATIONSHIP TO CHILD? RECORD RELATIONSHIP AND CODE ONE FROM LIST BELOW. (IF NECESSARY, ASK R FOR THE RELATIONSHIP.)

(RELATIONSHIP TO CHILD) | | | 41-42/

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| FATHER.....04 | OTHER RELATIVE (SPECIFY) |
| MOTHER.....05 | _____55 |
| BROTHER.....06 | STEPFATHER.....37 |
| SISTER.....07 | STEPMOTHER.....38 |
| GRANDFATHER.....08 | STEPBROTHER.....39 |
| GRANDMOTHER.....09 | STEPSISTER.....40 |
| UNCLE.....12 | FOSTER FATHER.....50 |
| AUNT.....13 | FOSTER MOTHER.....51 |
| GREAT UNCLE.....14 | GUARDIAN.....54 |
| GREAT AUNT.....15 | OTHER NONRELATIVE (SPECIFY) |
| COUSIN.....16 | _____56 |

THIS PAGE INTENTIONALLY BLANK

SUPLEMENTO PARA LA MADRE

INTERVIEWER: READ TO MOTHER/GUARDIAN!

INTRODUCCION PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Hay cinco secciones en este suplemento, cada una para niños de distintas edades. Ud. sólo debe completar algunas partes del suplemento correspondientes a la edad de su niño(a).

El nombre de su niño(a) está escrito en las partes que usted debe responder. Por favor asegúrese de que el nombre de su niño(a) aparezca en las páginas destinadas al grupo de su edad.

Si alguna pregunta no está clara, por favor haga un círculo alrededor del número de la pregunta, y pregúnteme cuando haya completado el suplemento.

Ahora pase a la parte de la SECCION 1: EL HOGAR que tiene anotado el nombre de su niño(a):

- (1) Si su niño(a) todavía no ha cumplido 3 años, use la PARTE A, página 5.
- (2) Si su niño(a) tiene al menos 3 años, pero todavía no ha cumplido 6 años, use la PARTE B, página 11.
- (3) Si su niño(a) tiene al menos 6 años, pero todavía no ha cumplido los 10 años, use la PARTE C, página 17.
- (4) Si su niño(a) ha cumplido los 10 años, use la PARTE D, página 25.

HAND MOTHER SUPPLEMENT TO MOTHER

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE 3 AÑOS DE EDAD

Para _____, quien todavía no ha cumplido 3 años.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con alguna otra palabra o frase. Por favor ponga un círculo alrededor del número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen un rectángulo dentro del cual usted debe anotar su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) tiene la oportunidad de salir de la casa (por su cuenta o acompañado(a) por una persona mayor)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....	01	
Alrededor de una vez al mes o menos.....	02	
Unas pocas veces al mes.....	03	
Alrededor de una vez a la semana.....	04	
Unas pocas veces a la semana.....	05	
4 o más veces a la semana.....	06	
Todos los días.....	07	43-44/

2. ¿Aproximadamente cuántos libros para niños posee su niño(a) personalmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguno.....	1	
1 ó 2 libros.....	2	
De 3 a 9 libros.....	3	
10 o más libros.....	4	45-46/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. ¿Con qué frecuencia tiene usted la oportunidad de leerle cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca.....01
- Varias veces al año.....02
- Varias veces al mes.....03
- Una vez a la semana.....04
- Alrededor de 3 veces a la semana..05
- Todos los días.....06 47-48/

4. ¿Con qué frecuencia lleva usted a su niño(a) a la tienda de comestibles?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Dos veces a la semana o más.....1
- Una vez a la semana..... 2
- Una vez al mes..... 3
- Casi nunca.....4 49-50/

5. ¿Alrededor de cuántos juguetes blanditos, acogedores, o que puedan representar a una persona (como una muñeca) tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermana o hermano).

(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES).

51-52/

NUMERO DE JUGUETES =

6. ¿Alrededor de cuántos juguetes que se empujan o se jalan tiene su niño(a), si es que tiene alguno? (Puede compartirlo con su hermano o hermana).

(ESCRIBA EL NUMERO DE JUGUETES)

53-54/

NUMERO DE JUGUETES =

7. Algunos padres dedican tiempo a enseñarles a sus niños nuevas habilidades mientras que otros padres piensan que los niños aprenden mejor por su propia cuenta. ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor su actitud?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

"Los padres siempre deberían dedicar tiempo a enseñar a sus niños"...1

"Los padres por lo general deberían dedicar tiempo a enseñar a sus niños.....2

"Los padres por lo general deberían permitir que sus niños aprendan por su cuenta".....3

"Los padres siempre deberían permitir que sus niños aprendan por su cuenta.....4 55-56/

8. Piense por un momento en un día de semana típico para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día de semana típico?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.) | | | 57-58/

Menos de 1 hora por día de semana.....00

No hay televisor.....95

9. Ahora, piense en un típico día de fin de semana para su familia. ¿Cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día de fin de semana típico?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.) | | | 59-60/

Menos de 1 hora durante un día de fin de semana.....00

No hay televisor.....95

10. ¿Aproximadamente cuántas horas al día está encendida la televisión en su casa?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA.) | | | 61-62/

Menos de una hora por día.....00

No hay televisor.....95

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

11. Su niño(a) ve alguna vez a su padre, padrastro o figura paterna?

Sí.....1

No.....0

63-64/

12. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....1

Padrastro.....2

Figura paterna.....3

BEGIN DECK 03

No hay padre, padrastro ni figura paterna.4

11-12/

13. ¿Cómo está relacionado él con Ud.?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Su esposo.....01

Su ex-esposo.....02

Su socio.....03

Su amigo.....04

Su padre.....05

Su abuelo.....06

Su hermano.....07

Su tío.....08

Otro (por favor escriba quién es)

09

No hay padre, padrastro ni figura paterna....10

13-14/

14. ¿Su niño(a) ve a esta persona todos los días?

Sí.....1

No.....0

No hay padre, padrastro ni figura paterna....2

15-16/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

15. ¿Cuántas veces come su niño(a) con ambos padres, (o padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Más de una vez al día.....	01	
Una vez al día.....	02	
Varias veces a la semana.....	03	
Una vez a la semana.....	04	
Una vez a la semana o menos frecuentemente..	05	
Nunca.....	06	
No hay padre, padrastro ni figura paterna....	07	17-18

16. Los niños parecen exigir atención cuando sus padres están ocupados, haciendo labores domésticas, por ejemplo. ¿Con qué frecuencia le habla usted a su niño(a) mientras usted trabaja?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

<u>Siempre</u> le hablo al niño(a) cuando trabajo	1	
<u>Con frecuencia</u> le hablo al niño(a) cuando trabajo.	2	
<u>A veces</u> le hablo al niño(a) cuando trabajo.....	3	
<u>Rara vez</u> le hablo al niño(a) cuando trabajo.....	4	
<u>Nunca</u> le hablo al niño(a) cuando trabajo.....	5	19-20/

17. A veces los niños se portan bien y a veces no. ¿Cómo cuántas veces, si es que lo hizo, ha tenido Ud. que pegarle a su niño(a) durante la semana pasada?

NUMERO DE VECES: |___|___| 21-22/

No le pegó al niño(a) la semana pasada..... 00

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) ES MENOR DE 1 AÑO, PASE A LA SECCION 2, PARTE A, PAGINA 33.
- (2) SI SU NIÑO(A) HA CUMPLIDO 1 AÑO, PERO NO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, PARTE B, PAGINA 39.
- (3) SI SU NIÑO HA CUMPLIDO 2 AÑOS, PASE A LA SECCION 2, PARTE C, PAGINA 43.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE B: PARA NIÑOS QUE TIENEN AL MENOS 3 AÑOS DE EDAD, PERO MENOS DE 6 AÑOS.

Para _____ quien ya ha cumplido 3 años pero
NOMBRE DEL NIÑO(A) todavía no tiene 6 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en el estilo de vida y en las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen cajitas para que usted escriba la respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Aproximadamente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca..... 01
- Varias veces al año..... 02
- Varias veces al mes..... 03
- Una vez a la semana..... 04
- Al menos tres veces a la semana 05
- Todos los días..... 06 23-24/

2. ¿Alrededor de cuántos libros para niños posee su niño(a) personalmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Ninguno..... 1
- 1 ó 2 libros..... 2
- De 3 a 9 libros..... 3
- 10 o más libros 4 25-26/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. ¿Alrededor de cuántas revistas adquiere su familia regularmente?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguna.....	1	
Una.....	2	
Dos.....	3	
Tres.....	4	
Cuatro o más.....	5	27-28/

4. ¿Tiene su niño(a) acceso a un tocadiscos o una grabadora aquí en su casa, y al menos a cinco discos o cintas grabadas para niños? (Puede compartirlos con su hermano o hermana).

Sí.....	1	
No.....	0	29-30/

5. Ponga un círculo alrededor de las cosas que usted (u otro adulto o niño mayor) le esté ayudando o le haya ayudado a aprender a su niño(a) aquí en su casa.

(MARQUE TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES CON UN CIRCULO)

Los números.....	1	31-32/
El alfabeto.....	2	33-34/
Los colores.....	3	35-36/
Las formas y los tamaños.....	4	37-38/
Ninguna de estas cosas.....	5	39-40/

6. ¿Cuántas opciones tiene su niño(a) para decidir la comida que él/ella come en el desayuno o el almuerzo?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

<u>Muchas</u> opciones.....	1	
<u>Algunas</u> opciones.....	2	
<u>Pocas</u> opciones.....	3	
<u>Ninguna</u> opción.....	4	41-42/

7. ¿Alrededor de cuántas horas por día está la televisión prendida en su casa todos los días?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA)

HORAS POR DIA = | ___ | ___ | 43-44/

Menos de 1 hora por día.....	00
No hay televisión.....	95

PLEASE GO TO NEXT PAGE

8. La mayoría de los niños se disgustan con sus padres de vez en cuando. Si su niño(a) se disgustara tanto que le pegara a usted, ¿qué haría usted?

(MARQUE TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES CON UN CIRCULO)

Devolverle el golpe.....	01	45-46/
Enviarlo(a) a su cuarto.....	02	47-48/
Darle unas nalgadas.....	03	49-50/
Hablarle.....	04	51-52/
No hacerle caso.....	05	53-54/
Darle una tarea doméstica.....	06	55-56/
Retirarle su asignación (allowance).	07	57-58/
Tomarle las manos al/a la niño(a) hasta que se calme.....	08	59-60/
Otra cosa (POR FAVOR ESPECIFIQUE)	09	61-62/

9. ¿Con qué frecuencia un familiar tiene la oportunidad de llevar a su niño(a) de paseo a cualquier parte (de compras, picnic, autocine, etc.)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Unas cuantas veces al año o menos.....	1	
Alrededor de una vez al mes.....	2	
Alrededor de 2 o 3 veces al mes.....	3	
Varias veces a la semana.....	4	
Alrededor de una vez al día.....	5	63-64/

10. ¿Cuántas veces un familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (museo para niños, científico, de arte, histórico, etc.) durante el año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....	1	
Una o dos veces.....	2	
Varias veces.....	3	
Más o menos una vez al mes.....	4	
Más o menos una vez a la semana o más frecuentemente.....	5	65-66/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

11. Piense por un momento en un día de la semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.) |__|__| 11-12/
 Menos de una hora por día.....00
 No hay un televisor.....95

12. Ahora, piense en un fin de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un día típico de fin de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.) |__|__| 13-14/
 Menos de una hora por día de
 fin de semana.....00
 No hay un televisor.....95

13. ¿Su niño(a) ve alguna vez a su padre, padrastro o figura paterna?

Sí.....1
 No.....0 15-16/

14. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....1
 Padrastro.....2
 Figura paterna.....3
 No hay padre, padrastro ni
 figura paterna.....4 17-18/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

15. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Su esposo.....01
 Su ex-esposo.....02
 Su amigo.....03
 Su socio.....04
 Su padre.....05
 Su abuelo.....06
 Su hermano.....07
 Su tío.....08
 Otro (por favor escriba quién es)
 _____ 09
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....10

19-20/

16. ¿Su niño(a) ve a esta persona todos los días?

- Sí.....1
 No.....0
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....2

21-22/

17. Aproximadamente, ¿cuántas veces come su niño(a) con ambos padres, (padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Más de una vez al día.....01
 Más o menos una vez al día.....02
 Varias veces a la semana.....03
 Alrededor de una vez a la semana.....04
 Alrededor de una vez al mes.....05
 Nunca.....06
 No hay padre, padrastro o figura paterna....07

23-24/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

18. A veces los niños(as) se portan bien y a veces no. ¿Más o menos cuántas veces, si es que lo hizo, ha tenido que pegarle a su niño(a) durante la semana pasada?

NUMERO DE VECES = |__|__|

25-26/

No le ha pegado al niño la semana pasada..... 00

PLEASE GO TO SECTION 2, PART C, PAGE 43.

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE C: PARA NIÑOS QUE TIENEN AL MENOS 6 AÑOS DE EDAD, PERO MENOS DE 10 AÑOS.

Para _____ quien ha cumplido 6 años pero aun
NOMBRE DEL NIÑO(A) no ha cumplido los 10 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen unas cajitas dentro de las cuales usted escribirá su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Alrededor de cuántos libros tiene su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Ninguno..... 1
 - 1 ó 2..... 2
 - De 3 a 9..... 3
 - 10 o más..... 4
- 27-28/

2. ¿Aproximadamente con qué frecuencia le lee usted cuentos a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Nunca.....01
 - Varias veces al año.....02
 - Varias veces al mes.....03
 - Alrededor de 1 vez a la semana..04
 - Al menos tres veces a la seman..05
 - Todos los días.....06
- 29-30/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO EN CADA PREGUNTA)

	Casi Nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre	
a. ¿Haga su propia cama?	1	2	3	4	5	
b. ¿Limpie su propio cuarto?	1	2	3	4	5	31-32/
c. ¿Limpie después de derramar algo?	1	2	3	4	5	33-34/
d. ¿Se bañe solo(a)?	1	2	3	4	5	35-36/
e. ¿Ordene sus propias cosas?	1	2	3	4	5	37-38/
						39-40/
	Casi nunca	Menos de 1 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre	

4. ¿Tiene su niño(a) algún instrumento musical (por ejemplo, un piano, un tambor, una guitarra, etc.) aquí en su casa?

Sí.....	1	41-42/
No.....	0	

5. ¿Adquiere su familia un periódico diariamente?

Sí.....	1	43-44/
No.....	0	

PLEASE GO TO NEXT PAGE

6. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Todos los días.....	1	
Varias veces a la semana.....	2	
Varias veces al mes.....	3	
Varias veces al año.....	4	
Nunca.....	5	45-46/

7. ¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo trabajos por afición o "hobbies"?

Sí.....	1	
No.....	0	47-48/

8. ¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que alienta actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?

Sí.....	1	
No.....	0	49-50/

9. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....	1	
Una o dos veces.....	2	
Varias veces.....	3	
Alrededor de una vez al mes.....	4	
Alrededor de una o más veces a la semana.....	5	51-52/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

10. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de espectáculo musical o teatral en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca.....1
 Una o dos veces..... 2
 Varias veces..... 3
 Alrededor de una vez al mes.....4
 Alrededor de una o más veces a la semana..5 53-54/

11. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su familia se reúne con familiares o amigos?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Una o menos veces al año..... 1
 Unas pocas veces al año..... 2
 Alrededor de una vez al mes..... 3
 Dos o tres veces al mes..... 4
 Una o más veces a la semana..... 5 55-56/

12. Piense por un momento en un día de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.) |__|__| 57-58/
 Menos de una hora por día.....00
 No hay televisor.....95

13. Ahora, piense en un día de fin de semana típico para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud. que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de fin de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA) |__|__| 59-60/

Menos de una hora por día de fin de semana.....00
 No hay televisor.....95

14. ¿Ve su niño(a) a su padre, padrastro, o figura paterna?

Sí..... 1

No..... 0

61-62/

15. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....1

Padrastro.....2

Figura paterna.....3

No hay padre, padrastro ni figura paterna.....4

63-64/

16. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Su esposo.....01

Su ex-esposo.....02

Su socio.....03

Su amigo.....04

Su padre.....05

Su abuelo.....06

Su hermano.....07

Su tío.....08

Otro (por favor escriba quien es)

09

No hay padre, padrastro ni figura paterna....10

65-66/

17. Aproximadamente con qué frecuencia él/ella pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Una vez al día o más frecuentemente.....01

Al menos cuatro veces a la semana.....02

Alrededor de 1 vez a la semana.....03

Alrededor de 1 vez al mes.....04

Unas pocas veces al año o menos.....05

Nunca.....06

No hay padre, padrastro ni figura paterna ...07

67-68/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

18. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 - Al menos 4 veces a la semana.....02
 - Alrededor de 1 vez a la semana.....03
 - Alrededor de 1 vez al mes.....04
 - Unas cuantas veces al año o menos.....05
 - Nunca.....06
 - No hay padre, padrastro ni figura paterna... 07
 - No sabe.....98
- 11-12/

19. ¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres, (padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Más de una vez al día.....01
 - Una vez al día.....02
 - Varias veces a la semana.....03
 - Alrededor de una vez a la semana.....04
 - Alrededor de una vez al mes.....05
 - Nunca.....06
 - No hay padre, padrastro ni figura paterna ...07
- 13-14/

20. Cuando toda la familia ve televisión, ¿discute usted o el padre (padrastro o figura paterna de su niño(a)) los programas de televisión con él/ella?

- Sí.....1
 - No.....0
 - No tengo televisión.....2
- 15-16/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

21. Algunas veces los niños se ponen tan bravos con sus padres que dicen cosas como "te odio" o blasfeman durante una rabieta. Por favor señale las medidas que usted tomaría si eso ocurriese.

(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES)

No dejarlo salir de la casa.....01	17-18/
(Pegarle/zurrarle).....02	19-20/
Hablar con el/la niño(a).....03	21-22/
Darle una tarea doméstica.....04	23-24/
No hacerle caso.....05	25-26/
Enviarlo(a) a su cuarto por más de una hora..06	27-28/
Retirarle su asignación (allowance).....07	29-30/
Retirarle la televisión u otros privilegios..08	31-32/
Otra cosa (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)	
_____09	33-34/

22. Si su niño trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿cuán probable es que usted....

(ENCIERRE DENTRO DE UN CIRCULO UN NUMERO PARA CADA PREGUNTA)

MUY PROBABLE

NADA PROBABLE

a. contactaría a su maestro o director?	1	2	3	4	5	35-36/
b. le daría un sermón a su niño(a)	1	2	3	4	5	37-38/
c. mantendría una vigilancia más estrecha sobre las actividades del niño(a)?	1	2	3	4	5	39-40/
d. castigaría al niño(a)?	1	2	3	4	5	41-42/
e. conversaría con el niño(a)?	1	2	3	4	5	43-44/
f. esperaría para ver si el niño(a) mejoraba por su propia cuenta?	1	2	3	4	5	45-46/
g. le diría al niño(a) que empleara más tiempo en las tareas escolares?	1	2	3	4	5	47-48/
h. emplearía más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares?	1	2	3	4	5	49-50/
i. Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS)						

_____	8					51-52/

23. A veces los jóvenes se portan bien y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

¿Cuántas veces durante la semana pasada Ud.....

WRITE IN
TIMES IN
PAST WEEK

- | | | |
|--|-------|--------|
| a. ha tenido que darle unas nalgadas a su niño? | __ __ | 53-54/ |
| b. ha tenido que encerrarlo(a)? | __ __ | 55-56/ |
| c. le ha retirado la televisión u otros privilegios? | __ __ | 57-58/ |
| d. ha enviado a su niño(a) a su cuarto? | __ __ | 59-60/ |
| e. le ha retirado su asignación (allowance)? | __ __ | 61-62/ |
| f. le ha demostrado al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)? | __ __ | 63-64/ |
| g. ha elogiado al niño(a) por hacer algo bien hecho? | __ __ | 65-66/ |
| h. le ha dicho a otro adulto (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)? | __ __ | 67-68/ |

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 7 AÑOS, PASE A LA SECCION 2 PARTE C, PAGINA 43.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE 7 AÑOS O MAS, PASE A LA SECCION 4, PAGINA 67.

SECCION 1: EL HOGAR

PARTE D: PARA NIÑOS QUE TIENEN 10 Y MAS AÑOS DE EDAD

Para _____ que tiene 10 o más años de edad.
 NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN

Estamos interesados en el estilo de vida y las reglas de su familia.

Algunas preguntas usted las responderá con un SI o con un NO, o con otra palabra o frase. Por favor marque con un círculo el número que corresponda a la respuesta que usted seleccione.

Otras preguntas tienen unas cajitas dentro de las cuales usted escribirá su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Alrededor de cuántos libros tiene su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Ninguno.....	1
1 a 9.....	2
10 a 19.....	3
20 o más.....	4

69-70/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

2. ¿Con qué frecuencia se espera que su niño haga cada una de las siguientes actividades? (MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO EN CADA PREGUNTA)

	Casi nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi siempre	
a. ¿Haga su propia cama?	1	2	3	4	5	11-12/
b. ¿Limpie su propio cuarto?	1	2	3	4	5	13-14/
c. ¿Recoja las cosas que ha dejado a su paso?	1	2	3	4	5	15-16/
d. ¿Ayude a mantener limpias y ordenadas las áreas compartidas por la familia?	1	2	3	4	5	17-18/
e. ¿Haga tareas de rutina tales como cortar el césped, ayudar con la cena, lavar platos, etc.?	1	2	3	4	5	19-20/
f. ¿Colabore con la organización de su propio tiempo (levantarse a tiempo, estar listo para la escuela, etc.)?	1	2	3	4	5	21-22/
	Casi Nunca	Menos de la 1/2 de las veces	La 1/2 de las veces	Más de la 1/2 de las veces	Casi Siempre	

3. ¿Tiene su niño(a) algún instrumento musical (por ejemplo, un piano, un tambor, una guitarra, etc.) aquí en su casa?

Sí..... 1 23-24/

No..... 0

4. ¿Adquiere su familia un periódico diariamente?

Sí..... 1 25-26/

No..... 0

5. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) lee por placer?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Todos los días..... 1
 Varias veces a la semana..... 2
 Varias veces al mes..... 3
 Varias veces al año..... 4
 Nunca..... 5
 No sabe..... 8 27-28/

6. ¿Alienta su familia a su niño(a) a que empiece y continúe haciendo trabajos por afición o "hobbies"?

Sí..... 1
 No..... 0 29-30/

7. ¿Recibe su niño(a) clases especiales o pertenece a alguna organización que alienta actividades como deportes, música, arte, danza, teatro, etc.?

Sí..... 1
 No..... 0 31-32/

8. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o ha hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de museo (para niños, científico, de arte, histórico, etc.) en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca..... 1
 Una o dos veces..... 2
 Varias veces..... 3
 Alrededor de una vez al mes..... 4
 Alrededor de una o más veces a la semana. 5 33-34/

9. ¿Cuántas veces algún familiar ha llevado o hecho arreglos para llevar a su niño(a) a cualquier tipo de espectáculo musical o teatral en el curso del año pasado?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Nunca..... 1
 Una o dos veces..... 2
 Varias veces..... 3
 Alrededor de una vez al mes..... 4
 Alrededor de una o más veces a la semana. 5 35-36/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

10. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su familia se reúne con familiares o amigos?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Una o menos veces al año.....	1	
Unas pocas veces al año.....	2	
Alrededor de 1 vez al mes.....	3	
Dos o tres veces al mes.....	4	
Una o más veces a la semana.....	5	37-38/

11. Piense un momento en un típico día de semana para su familia. ¿Cuánto tiempo, diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE SEMANA.) |__|__| 39-40/

Menos de una hora por día.....	00
No hay televisor.....	95

12. Ahora, piense en un típico día de fin de semana para su familia. ¿Como cuánto tiempo diría Ud., que pasa su niño(a) mirando televisión en un típico día de fin de semana?

(ESCRIBA LAS HORAS POR DIA DE FIN DE SEMANA.) |__|__| 41-42/

Menos de una hora por día.....	00
No hay televisor.....	95

13. ¿Ve su niño(a) a su padre, padrastro, o figura paterna?

Sí.....	1	
No.....	0	43-44/

14. ¿Esta persona es su padre biológico, padrastro o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Padre biológico.....	1	
Padrastro.....	2	
Figura paterna.....	3	
No hay padre, padrastro ni figura paterna.....	4	45-46/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

15. ¿Cómo se relaciona él con usted?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Su esposo.....01
 Su ex-esposo.....02
 Su socio.....03
 Su amigo.....04
 Su padre.....05
 Su abuelo.....06
 Su hermano.....07
 Su tío.....08
 Otro (por favor escriba quién es) _____09
 No hay padre, padrastro ni figura paterna....10

47-48/

16. ¿Aproximadamente con qué frecuencia él/ella pasa tiempo con su padre, padrastro, o figura paterna?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos cuatro veces a la semana.....02
 Alrededor de una vez a la semana.....03
 Alrededor de una vez al mes.....04
 Unas pocas veces al año más o menos.....05
 Nunca.....06
 No tiene padre, padrastro o figura paterna...07

49-50/

17. ¿Aproximadamente con qué frecuencia su niño(a) pasa tiempo con su padre, padrastro o figura paterna en actividades al aire libre?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

- Una vez al día o más frecuentemente.....01
 Al menos cuatro veces a la semana.....02
 Alrededor de una vez a la semana.....03
 Alrededor de una vez al mes.....04
 Unas cuantas veces al año más o menos.....05
 Nunca.....06
 No tiene padre, padrastro o figura paterna...07
 No sé.....98

51-52/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

18. ¿Con qué frecuencia come su niño(a) con ambos padres (o con su padrastro o figura paterna)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO)

Más de una vez al día.....	01	
Una vez al día.....	02	
Varias veces a la semana.....	03	
Alrededor de una vez a la semana.....	04	
Alrededor de una vez al mes.....	05	
Nunca.....	06	
No tiene padre, padrastro o figura paterna.	07	53-54/

19. Cuando toda la familia ve televisión, ¿discute usted o el padre (padrastro o figura paterna) de su niño(a) los programas de televisión con él o ella?

Sí.....	1	
No.....	0	
No tengo televisión.....	2	55-56/

20. Algunas veces los niños se ponen tan bravos con sus padres que dicen cosas como "te odio", o blasfeman durante una rabieta. Por favor señale las medidas que usted tomaría si esto ocurriese.

(MARQUE CON UN CIRCULO TODOS LOS NUMEROS PERTINENTES)

No dejarlo salir de la casa.....	01	57-58/
(Pegarle/zurrarle).....	02	59-60/
Hablar con el(la) niño(a).....	03	61-62/
Darle una tarea doméstica.....	04	63-64/
No hacerle caso.....	05	65-66/
Enviarlo(a) a su cuarto por más de una hora.....	06	67-68/
Retirarle su asignación (allowance).....	07	69-70/
Retirarle la TV, el teléfono u otros privilegios.	08	71-72/
Otra cosa (POR FAVOR ESPECIFIQUE)		
_____	09	73-74/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

21. Si su niño(a) trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿cuán probable es que usted....

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO POR CADA PREGUNTA)

	MUY PROBABLE			NADA PROBABLE		
a. contactaría a su maestro o director?	1	2	3	4	5	11-12/
b. le daría un sermón a su niño(a)?	1	2	3	4	5	13-14/
c. mantendría una vigilancia más estrecha sobre las actividades del niño(a)?	1	2	3	4	5	15-16/
d. castigaría al niño(a)?	1	2	3	4	5	17-18/
e. conversaría con el niño(a)?	1	2	3	4	5	19-20/
f. esperaría para ver si el niño(a) mejora por su propia cuenta?	1	2	3	4	5	21-22/
g. le diría al niño(a) que empleara más tiempo en las tareas escolares?	1	2	3	4	5	23-24/
h. emplearía más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares?	1	2	3	4	5	25-26/
i. Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS HARIA UD.) _____						
					8	27-28/

22. A veces los jóvenes le hacen bastante caso a sus mayores y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

(POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

¿Cuántas veces durante la semana pasada usted.....

DE VECES DURANTE
LA SEMANA PASADA

a. tuvo que darle unas nalgadas a su niño(a)?	__ __	29-30/
b. tuvo que encerrarlo?	__ __	31-32/
c. le retiró la TV u otros privilegios?	__ __	33-34/
d. envió al niño(a) a su cuarto?	__ __	35-36/
e. le retiró su asignación (allowance)?	__ __	37-38/
f. le demostró al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?	__ __	39-40/
g. elogió al niño(a) por hacer algo bien hecho?	__ __	41-42/
h. le ha dicho a otro adulto, (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?	__ __	43-44/

PASE A LA SECCION 4, página 67.

21. Si su niño(a) trajera al hogar una libreta de calificaciones con notas más bajas que las esperadas, ¿cuán probable es que usted....

(MARQUE CON UN CIRCULO UN NUMERO POR CADA PREGUNTA)

	MUY PROBABLE			NADA PROBABLE		
a. contactaría a su maestro o director?	1	2	3	4	5	11-12/
b. le daría un sermón a su niño(a)?	1	2	3	4	5	13-14/
c. mantendría una vigilancia más estrecha sobre las actividades del niño(a)?	1	2	3	4	5	15-16/
d. castigaría al niño(a)?	1	2	3	4	5	17-18/
e. conversaría con el niño(a)?	1	2	3	4	5	19-20/
f. esperaría para ver si el niño(a) mejora por su propia cuenta?	1	2	3	4	5	21-22/
g. le diría al niño(a) que empleara más tiempo en las tareas escolares?	1	2	3	4	5	23-24/
h. emplearía más tiempo ayudando al niño(a) con las tareas escolares?	1	2	3	4	5	25-26/
i. Otro (POR FAVOR ESCRIBA QUE MAS HARIA UD.) _____						
					8	27-28/

22. A veces los jóvenes le hacen bastante caso a sus mayores y otras veces no. A veces hacen cosas que hacen que usted se sienta bien.

(POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS)

¿Cuántas veces durante la semana pasada usted.....

DE VECES DURANTE
LA SEMANA PASADA

a. tuvo que darle unas nalgadas a su niño(a)?	__ __	29-30/
b. tuvo que encerrarlo?	__ __	31-32/
c. le retiró la TV u otros privilegios?	__ __	33-34/
d. envió al niño(a) a su cuarto?	__ __	35-36/
e. le retiró su asignación (allowance)?	__ __	37-38/
f. le demostró al niño(a) afecto físico (beso, abrazo, pasar la mano por la cabeza, etc.)?	__ __	39-40/
g. elogió al niño(a) por hacer algo bien hecho?	__ __	41-42/
h. le ha dicho a otro adulto, (esposo(a), amigo(a), compañero(a) de trabajo, visitante, familiar) algo positivo sobre el niño(a)?	__ __	43-44/

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI BEBE GENERALMENTE

PARTE A: PARA NIÑOS DE MENOS DE UN AÑO DE EDAD.

Para _____, quien todavía no ha cumplido un año.
NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en la conducta habitual de su niño(a) en un día típico. Por favor piense en su bebé durante las últimas dos semanas.

Si su bebé no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su bebé se sintió como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su bebé se comportó de una determinada manera.

Piense bien antes de marcar con un círculo el número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor ponga un círculo alrededor del número de la pregunta y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. ¿Con qué frecuencia su bebé se retuerce y pateo mientras come?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

45-56/

2. ¿Con qué frecuencia su bebé agita los brazos mientras come?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5

47-48/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. Mientras su bebé duerme, por lo general ¿con qué frecuencia se mueve en su cuna?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 49-50/

4. A algunos niños les viene el sueño todas las noches aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 51-52/

5. A algunos niños les viene el hambre todos los días aproximadamente a la misma hora, con un margen de 15 minutos. ¿Con qué frecuencia le sucede esto a su niño?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 53-54/

6. Cuando su bebé se despierta por la mañana, ¿con qué frecuencia está del mismo humor?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 55-56/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

7. Cuando su bebé ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 57-58/

8. Cuando su bebé ve a un perro o a un gato desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 59-60/

9. Cuando usted sale del cuarto y deja a su bebé solo, ¿con qué frecuencia su bebé se altera?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 61-62/

10. Cuando usted lleva a su bebé al médico, al dentista, o a una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 63-64/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

11. Cuando usted juega con su bebé, ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 65-66/

12. Cuando su bebé juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 67-68/

13. Cuando su bebé está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 69-70/

14. Cuando su bebé oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 71-72/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

15. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su bebé, cuando llora o está perturbado(a)?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5 11-12/

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR OBSERVE QUE LAS CATEGORIAS DE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 16 Y 17 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.

16. Durante un día típico, ¿con qué frecuencia su bebé se pone molesto o se irrita?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Una o dos veces al día..... 2
- Un par de veces por la mañana y por la tarde.....3
- Varias veces al día..... 4
- Casi cada hora.....5 13-14/

17. En general, comparando con la mayoría de los bebés, ¿con qué frecuencia su bebé llora o se inquieta?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de lo normal..... 2
- Más o menos lo normal..... 3
- Más de lo normal..... 4
- Casi siempre..... 5 15-16/

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 49.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A) USUALMENTE

PARTE B: PARA NIÑOS QUE TIENEN 1 AÑO DE EDAD.

Para _____, quien ya cumplió un año pero todavía no tiene 2 años.
NOMBRE DEL NIÑO(A)

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en como se comporta su niño(a) durante un día típico. Por favor piense en su niño(a) durante las últimas dos semanas.

Si su niño(a) no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su niño(a) se sintió como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su niño(a) se comportó de una determinada manera. Piense bien antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

- 1. Cuando su niño(a) ve a un desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
- 17-18/

- 2. Cuando su niño(a) ve a un perro o a un gato desconocido, ¿con qué frecuencia se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
 - Menos de la mitad de las veces... 2
 - La mitad de las veces..... 3
 - Más de la mitad de las veces..... 4
 - Casi siempre..... 5
- 19-20/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se altera?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 21-22/

4. Cuando usted lleva a su niño(a) al médico, al dentista o a una enfermera, ¿con qué frecuencia él/ella se aleja o llora como si tuviera miedo?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 23-24/

5. Cuando usted juega con su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 25-26/

6. Cuando su niño(a) juega solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 27-28/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

7. Cuando su niño(a) está en la bañera, ¿con qué frecuencia se sonríe o ríe?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

29-30/

8. Cuando su niño(a) oye un ruido fuerte inesperado (por ejemplo, el ruido del escape de un carro, o una aspiradora), ¿con qué frecuencia llora o se altera?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

31-32/

9. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando llora o está alterado(a)?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
Menos de la mitad de las veces... 2
La mitad de las veces..... 3
Más de la mitad de las veces..... 4
Casi siempre..... 5

33-34/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR OBSERVE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 10 Y 11 SON DIFERENTES A LAS DEMAS.

10. Durante un día típico, ¿con qué frecuencia su niño(a) se pone molesto o se irrita?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca.....	1	
Una o dos veces al día.....	2	
Un par de veces por la mañana y por la tarde.....	3	
Varias veces al día.....	4	
Casi cada hora.....	5	35-36/

11. En general, comparando con la mayoría de los niños, ¿con qué frecuencia su niño(a) llora o se inquieta?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca.....	1	
Menos de lo normal.....	2	
Más o menos lo normal.....	3	
Más de lo normal.....	4	
Casi siempre.....	5	37-38/

MADRE/ GUARDIAN:
POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 49.

SECCION 2: COMO SE COMPORTA MI NIÑO(A).

PARTE C: PARA NIÑOS QUE POR LO MENOS TIENEN 2 AÑOS DE EDAD PERO MENOS DE 7 AÑOS.

Para _____, quien ya cumplió dos años pero todavía no
 NOMBRE DEL NIÑO(A) tiene 7 años.

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Estamos interesados en cómo se comporta su niño(a) durante un día típico. Por favor piense en su niño(a) durante las dos últimas semanas.

Si su niño(a) no estuvo bien de salud durante las últimas dos semanas, piense en el último período de dos semanas en que su niño(a) se sintió como de costumbre.

Las preguntas siguientes son acerca de la frecuencia con que su niño(a) se comportó de una determinada manera. Piense bien antes de poner un círculo alrededor del número que corresponda a su respuesta.

Si alguna pregunta no está clara, por favor pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

1. Cuando es hora de comer, ¿con qué frecuencia su niño(a) come lo que usted quiere que coma?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1

Menos de la mitad de las veces... 2

La mitad de las veces..... 3

Más de la mitad de las veces..... 4

Casi siempre.....5

39-40/

2. Cuando su niño(a) no come lo que usted quiere que coma y usted le dice que coma, ¿con qué frecuencia él/ella obedece y come?

(M RQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1

Menos de la mitad de las veces... 2

La mitad de las veces..... 3

Más de la mitad de las veces..... 4

Casi siempre.....5

41-42/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

3. Cuando es la hora de acostarse para su niño(a), ¿con qué frecuencia él/ella protesta o se resiste a ir a la cama?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5 43-44/

4. Cuando él/ella sí protesta y usted le dice de nuevo que se acueste, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5 45-46/

5. Cuando usted le dice a su niño(a) que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace sin protestar?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5 47-48/

6. Cuando él/ella sí protesta y usted le dice de nuevo que apague la televisión, ¿con qué frecuencia él/ella lo hace?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre..... 5 49-50/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

7. Cuando su niño(a) se encuentra por primera vez con un niño de más o menos la misma edad, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 51-52/

8. Cuando su niño(a) se encuentra con un adulto que no conoce, ¿con qué frecuencia siente timidez al principio?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 53-54/

9. ¿Con qué frecuencia llora su niño(a) cuando se lastima un poquito?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 55-56/

10. ¿Con qué frecuencia él/ella ríe con facilidad (por ejemplo, cuando nadie lo(a) está tocando)?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 57-58/

11. Cuando su niño(a) está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella pelea, quita juguetes, pega, etc.?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 59-60/

12. Cuando su niño(a) está con otros niños de su misma edad, ¿con qué frecuencia él/ella comparte los juguetes voluntariamente?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 61-62/

13. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aliviar o calmar a su niño(a) cuando él/ella llora o está alterado(a)?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 63-64/

14. Cuando su niño(a) está jugando, ¿con qué frecuencia él/ella se queda cerca de usted y se asegura de que usted todavía esté al alcance de su vista?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 65-66/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

15. ¿Con qué frecuencia él/ella trata de copiar lo que usted hace o como usted actúa (aunque usted no siempre le permita hacer esto)?.

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 11-12/

16. Cuando usted sale del cuarto y deja a su niño(a) solo(a), ¿con qué frecuencia él/ella se perturba?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 13-14/

17. ¿Con qué frecuencia su niño(a) es exigente e impaciente aunque usted esté ocupada?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre..... 5 15-16/

18. Cuando usted está molesta por algo, con qué frecuencia su niño(a) se preocupa, o trata de ayudar o de hacer que usted se sienta mejor?

(MARQUE UN NUMERO)

Casi nunca..... 1
 Menos de la mitad de las veces... 2
 La mitad de las veces..... 3
 Más de la mitad de las veces..... 4
 Casi siempre.....5 17-18/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

19. ¿Con qué frecuencia su niño(a) quiere que usted le ayude con las cosas que él/ella está haciendo?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5 19-20/

20. Durante el último año, ¿con qué frecuencia su niño(a) durmió toda la noche sin despertarse?

(MARQUE UN NUMERO)

- Casi nunca..... 1
- Menos de la mitad de las veces... 2
- La mitad de las veces..... 3
- Más de la mitad de las veces..... 4
- Casi siempre.....5 21-22/

(1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 4 AÑOS, POR FAVOR PASE A LA SECCION 3, PAGINA 49.

(2) SI SU NIÑO(A) TIENE 4 AÑOS O MAS, POR FAVOR PASE A LA SECCION 4, PAGINA 67.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL
 NIÑOS QUE TIENEN MENOS DE 4 AÑOS DE EDAD

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE/GUARDIAN:

Esta sección tiene preguntas sobre cosas que los niños hacen a diferentes edades. Piense bien cada pregunta antes de marcar con un círculo el número que corresponda a su respuesta:

1 para SI, 0 para NO

Usted debe responder sólo DOS páginas en esta sección. Encuentre la página que tenga el nombre de su niño(a). Asegúrese de que la edad de su niño(a) corresponda a la edad indicada. Responda las 15 preguntas acerca de su niño(a). Por favor asegúrese de llenar los dos lados de la página.

Si alguna pregunta no está clara, por favor marque su número con un círculo y pregúntele al/a la entrevistador(a) acerca de la misma cuando usted haya terminado el suplemento.

PARTE PARA NIÑOS DE LA EDAD....

SE ENCUENTRA EN....

0-3 MESES.....	pág. 51
4-6 MESES.....	pág. 53
7-9 MESES.....	pág. 55
10-12 MESES.....	pág. 57
1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES.....	pág. 59
1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES.....	pág. 61
1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES.....	pág. 63
1 AÑO, 10 MESES - 3 AÑOS, 11 MESES.....	pág. 65

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE A: (0-3 MONTHS)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene menos de 4 meses, por favor responda
Nombre del niño(a) estas 15 preguntas.

1. Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza de un lado a otro?
Sí..... 1
No..... 0 23-24/
-
2. ¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento?
Sí..... 1
No..... 0 25-26/
-
3. Estando acostado(a) boca abajo sobre una superficie plana, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado su cabeza de esa superficie por un momento?
Sí..... 1
No..... 0 27-28/
-
4. ¿Alguna vez su niño(a) ha seguido con la vista un objeto en movimiento completamente de un extremo a otro?
Sí..... 1
No..... 0 29-30/
-
5. ¿Alguna vez su niño(a) le ha sonreído a alguien cuando esa persona le hablaba o sonreía sin tocarlo(a)?
Sí..... 1
No..... 0 31-32/
-
6. Estando acostado(a) boca abajo, ¿alguna vez su niño(a) ha levantado la cabeza Y el pecho de la superficie, apoyando su peso en sus antebrazos o manos?
Sí..... 1
No..... 0 33-34/
-
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha volteado la cabeza para mirar algo?
Sí..... 1
No..... 0 35-36/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

PART A: (0 - 3 MESES) CONTINUACION

8. Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron para sentarlo(a), ¿mantuvo la cabeza firme SIN que se le cayera hacia atrás mientras lo(a) levantaban? Sí..... 1
No..... 0 37-38/
-
9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha reído en voz alta sin que le hagan cosquillas o lo(a) toquen? Sí..... 1
No..... 0 39-40/
-
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido en una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonajero? Sí..... 1
No..... 0 41-42/
-
11. ¿Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo(a) A PROPOSITO? Sí..... 1
No..... 0 43-44/
-
12. ¿Alguna vez su niño(a) dió la impresión de que le gusta verse en el espejo? Sí..... 1
No..... 0 45-46/
-
13. Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas? Sí..... 1
No..... 0 47-48/
-
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca? Sí..... 1
No..... 0 49-50/
-
15. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona? Sí..... 1
No..... 0 51-52/

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE B: (4-6 MESES)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene al menos 4 meses, pero todavía no ha
Nombre del niño(a) cumplido 7 meses, por favor responda estas
15 preguntas.

1. ¿Alguna vez en que su niño(a) estaba de espaldas y lo(a) levantaron hasta sentarlo(a), mantuvo la cabeza firme SIN QUE SE LE CAYERA hacia atrás mientras lo(a) levantaban?
Sí..... 1
No..... 0 53-54/
-
2. ¿Alguna vez su niño(a) se ha reído en voz alta sin que le hagan cosquillas o lo(a) toquen?
Sí..... 1
No..... 0 55-56/
-
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha sostenido es una mano un objeto de un tamaño regular como por ejemplo un cubo o un cascabel o sonajero?
Sí..... 1
No..... 0 57-58/
-
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha dado vuelta por sí solo A PROPOSITO?
Sí..... 1
No..... 0 59-60/
-
5. ¿Alguna vez su niño(a) dió la impresión de que le gusta verse en el espejo?
Sí..... 1
No..... 0 61-62/
-
6. Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, ¿aguantó su propio peso con las piernas estiradas?
Sí..... 1
No..... 0 63-64/
-
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca?
Sí..... 1
No..... 0 65-66/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

PART B: (4 - 6) MONTHS) CONTINUACION

8. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona? Sí..... 1
No..... 0 11-12/
-
9. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo? Sí..... 1
No..... 0 13-14/
-
10. ¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona? Sí..... 1
No..... 0 15-16/
-
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado boca abajo? Sí..... 1
No..... 0 17-18/
-
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"? Sí..... 1
No..... 0 19-20/
-
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar? Sí..... 1
No..... 0 21-22/
-
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo? Sí..... 1
No..... 0 23-24/
-
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona? Sí..... 1
No..... 0 25-26/

MADRE/GUARDIAN:

POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE C: (7-9 MESES)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene al menos 7 meses, pero todavía no ha
Nombre del niño(a) cumplido 10 meses, por favor responda estas
15 preguntas.

1. ¿Alguna vez su niño(a) dio la impresión de que le gusta verse en el espejo? Sí..... 1
No..... 0 27-28/
-
2. ¿Alguna vez en que su niño(a) estaba sentado(a) y lo(a) pusieron de pie, aguantó su propio peso con las piernas estiradas? Sí..... 1
No..... 0 29-30/
-
3. ¿Alguna vez su niño(a) ha buscado con la vista, por su alrededor, un juguete que se haya perdido o que no se encuentre cerca? Sí..... 1
No..... 0 31-32/
-
4. ¿Alguna vez su niño(a) se ha sentado por sí mismo(a) sin ayuda, salvo la de inclinarse hacia adelante con sus manos, o ayudado un poquito por otra persona? Sí..... 1
No..... 0 33-34/
-
5. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido sentado(a) durante 10 minutos sin ningún tipo de apoyo? Sí..... 1
No..... 0 35-36/
-
6. ¿Alguna vez su niño(a) se ha levantado hasta ponerse de pie sin ayuda de otra persona? Sí..... 1
No..... 0 37-38/
-
7. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado(a) acostado(a) boca abajo? Sí..... 1
No..... 0 39-40/

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

PART C: (7 - 9 MESES) CONTINUACION

8. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"?
- Sí..... 1
No..... 0 41-42/
-
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar?
- Sí..... 1
No..... 0 43-44/
-
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado por lo menos dos pasos agarrado(a) de una mano o agarrándose de algo?
- Sí..... 1
No..... 0 45-46/
-
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano, sin ayuda de otra persona?
- Sí..... 1
No..... 0 47-48/
-
12. ¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta?
- Sí..... 1
No..... 0 49-50/
-
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que él/ella desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorando o gimoteando?
- Sí..... 1
No..... 0 51-52/
-
14. ¿Alguna vez su niño(a) se ha mantenido de pie por sí mismo(a) durante 10 segundos o más, sin agarrarse de algo o de alguien?
- Sí..... 1
No..... 0 53-54/
-
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos dos pasos sin agarrarse de algo o de alguien?
- Sí..... 1
No..... 0 55-56/

MADRE/GUARDIAN: POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE D: (10-12 MESES)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene **al menos 10 meses**, pero todavía no ha
 Nombre del niño(a) **cumplido 13 meses**, por favor responda estas
 15 preguntas.

- | | | |
|--|------------------------|--------|
| 1. ¿Alguna vez su niño(a) ha gateado cuando lo(a) han dejado acostado(a) boca abajo? | Sí..... 1
No..... 0 | 57-58/ |
| <hr/> | | |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho alguna palabra reconocible como "mamá" o "pa-pá"? | Sí..... 1
No..... 0 | 59-60/ |
| <hr/> | | |
| 3. ¿Alguna vez su niño(a) ha recogido objetos pequeños como pasitas o migajas de galletas usando solamente los dedos índice y pulgar? | Sí..... 1
No..... 0 | 61-62/ |
| <hr/> | | |
| 4. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado dos pasos agarrado por una mano o agarrándose de algo? | Sí..... 1
No..... 0 | 63-64/ |
| <hr/> | | |
| 5. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho adiós con la mano sin ayuda de otra persona? | Sí..... 1
No..... 0 | 65-66/ |
| <hr/> | | |
| 6. ¿Alguna vez la conducta de su niño(a) ha demostrado que él/ella conoce los nombres de objetos comunes cuando alguien los nombra en voz alta? | Sí..... 1
No..... 0 | 67-68/ |
| <hr/> | | |
| 7. ¿Alguna vez su niño(a) ha indicado que desea algo señalando con la mano, jalando, o haciendo sonidos agradables, en vez de llorando o gimoteando? | Sí..... 1
No..... 0 | 69-70/ |

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

PART E: (1 AÑO, 1 MES - 1 AÑO, 3 MESES) CONTINUACION

8. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido?
- Sí..... 1
No..... 0 41-42/
-
9. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota?
- Sí..... 1
No..... 0 43-44/
-
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz?
- Sí..... 1
No..... 0 45-46/
-
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano?
- Sí..... 1
No..... 0 47-48/
-
12. ¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar o esparcir mucho la comida?
- Sí..... 1
No..... 0 49-50/
-
13. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?
- Sí..... 1
No..... 0 51-52
-
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una frase parcial de 3 o más palabras?
- Sí..... 1
No..... 0 53-54/
-
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?
- Sí..... 1
No..... 0 55-56/

MADRE/GUARDIAN:

POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE F: (1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene al menos 16 meses, pero todavía no ha
 Nombre del niño(a) cumplido 19 meses, por favor responda estas
 15 preguntas.

- | | | |
|--|------------------------|--------|
| 1. ¿Alguna vez su niño(a) ha dado al menos 2 pasos sin agarrarse de algo o de alguien? | Sí..... 1
No..... 0 | 57-58/ |
| <hr/> | | |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido gateando al menos 2 peldaños o escalones? | Sí..... 1
No..... 0 | 59-60/ |
| <hr/> | | |
| 3. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho 2 palabras reconocibles además de "mamá" o "papá"? | Sí..... 1
No..... 0 | 61-62/ |
| <hr/> | | |
| 4. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido? | Sí..... 1
No..... 0 | 63-64/ |
| <hr/> | | |
| 5. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota? | Sí..... 1
No..... 0 | 65-66/ |
| <hr/> | | |
| 6. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o con un lápiz? | Sí..... 1
No..... 0 | 67-68/ |
| <hr/> | | |
| 7. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos dos peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano? | Sí..... 1
No..... 0 | 69-70/ |
| <hr/> | | |
| 8. ¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar o esparcir mucho la comida? | Sí..... 1
No..... 0 | 71-72/ |

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

PARTE F: (1 AÑO, 4 MESES - 1 AÑO, 6 MESES) CONTINUACION

9. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)?
- Sí..... 1
No..... 0 11-12/
-
10. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una oración parcial de 3 palabras o más?
- Sí..... 1
No..... 0 13-14/
-
11. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano?
- Sí..... 1
No..... 0 15-16/
-
12. ¿Alguna vez su niño(a) se ha lavado y secado las manos sin más ayuda que la de abrirle y cerrarle el grifo/la llave?
- Sí..... 1
No..... 0 17-18/
-
13. ¿Alguna vez su niño(a) ha contado tres objetos correctamente?
- Sí..... 1
No..... 0 19-20/
-
14. ¿Alguna vez su niño(a) ha utilizado el inodoro por sí mismo(a)?
- Sí..... 1
No..... 0 21-22/
-
15. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por sí mismo(a) sin ayuda, poniendo un sólo pie en cada escalón?
- Sí..... 1
No..... 0 23-24/

MADRE/GUARDIAN:

POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE RECIEN LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A.

SECCION 3: DESARROLLO MOTOR Y SOCIAL

PARTE G: (1 AÑO, 7 MESES - 1 AÑO, 9 MESES)

MADRE/GUARDIAN:

Si _____ tiene al menos 19 meses, pero todavía no tiene
Nombre del niño(a) 22 meses, por favor responda estas 15 preguntas.

- | | | |
|---|-----------|--------|
| 1. ¿Alguna vez su niño(a) ha corrido? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 25-26/ |
| <hr/> | | |
| 2. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho el nombre de un objeto conocido, como una pelota? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 27-28/ |
| <hr/> | | |
| 3. ¿Alguna vez su niño(a) ha trazado una línea con un crayón o un lápiz? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 29-30/ |
| <hr/> | | |
| 4. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido al menos 2 peldaños agarrado de una mano o agarrándose del pasamano? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 31-32/ |
| <hr/> | | |
| 5. ¿Alguna vez su niño(a) ha comido por su cuenta usando una cuchara o un tenedor sin derramar mucho la comida? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 33-34/ |
| <hr/> | | |
| 6. ¿Alguna vez su niño(a) le ha hecho saber a alguien, sin llorar, que le molesta usar pantalones o pañales mojados (sucios)? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 35-36/ |
| <hr/> | | |
| 7. ¿Alguna vez su niño(a) ha dicho una frase parcial de 3 o más palabras? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 37-38/ |
| <hr/> | | |
| 8. ¿Alguna vez su niño(a) ha subido una escalera por su cuenta sin agarrarse del pasamano? | Sí..... 1 | |
| | No..... 0 | 39-40/ |

PLEASE TURN TO NEXT PAGE

27. El/ella siente que las otras personas quieren perjudicarlo(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
A veces cierto..... 2
No es cierto..... 3 11-12/

28. El/ella frecuenta la compañía de muchachos(as) que se meten en problemas.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
A veces cierto..... 2
No es cierto..... 3 13-14/

29. El/ella es reservado(a), se guarda las cosas para sí mismo(a).

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
A veces cierto..... 2
No es cierto..... 3 15-16/

30. El/ella se preocupa demasiado por todo.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Frecuentemente cierto..... 1
A veces cierto..... 2
No es cierto..... 3 17-18/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

POR FAVOR RESPONDA AUNQUE NO SEA EPOCA DE CLASES

31. El/ella es desobediente en la escuela.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3
- Nunca ha asistido a la escuela... 4 19-20/

32. A él/ella le cuesta llevarse bien con los maestros.

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

- Frecuentemente cierto..... 1
- A veces cierto..... 2
- No es cierto..... 3
- Nunca ha asistido a la escuela... 4 21-22/

MADRE/GUARDIAN:

- (1) SI SU NIÑO(A) TODAVIA NO HA CUMPLIDO 10 AÑOS, POR FAVOR DETENGASE. REVISE LAS PAGINAS QUE LLENO, ASEGURANDOSE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A. SI TIENE DUDAS SOBRE ALGUNA PREGUNTA CONSULTE SOBRE LA MISMA AL/A LA ENTREVISTADOR/A.
- (2) SI SU NIÑO(A) TIENE 10 O MAS AÑOS DE EDAD, POR FAVOR VAYA A LA SECCION 5, PAGINA 75.

10. Mirando hacia el futuro, ¿hasta dónde piensa usted que su niño(a) llegará en la escuela? El/ella...

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

- ¿abandonará la secundaria antes de graduarse?.01
 ¿se graduará de secundaria?.....02
 ¿obtendrá alguna formación universitaria
 (college) u otro entrenamiento?.....03
 ¿se graduará de la universidad?.....04
 ¿profundizará su entrenamiento después de
 haber finalizado la universidad05
 ¿o alguna otra cosa? (POR FAVOR ESPECIFIQUE)..
 _____06 61-62/

11. En general, ¿cuán difícil le ha resultado criar a su niño(a)?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

- Nada difícil..... 1
 Sólo algo difícil..... 2
 Bastante difícil..... 3
 Muy difícil 4 63-64/

12. ¿A cuántos de los amigos cercanos de su niño(a) usted conoce de vista y por el nombre y el apellido?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

- A todos.....01
 A la mayoría.....02
 Alrededor de la mitad.....03
 Solamente a unos cuantos.....04
 A ninguno.....05
 El/la niño(a) no tiene amigos cercanos.06 65-66/

PLEASE GO TO NEXT PAGE

13. Durante el año pasado, ¿cuán frecuentemente su niño(a) ha asistido a servicios religiosos, incluyendo Escuela Dominical u otras clases de religión?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Alrededor de una vez a la semana.....	1	
Al menos una vez al mes.....	2	
Unas cuantas veces al año.....	3	
Nunca.....	4	67-68/

14. Aparte de que asista a servicios religiosos, ¿cuán importante es para usted que su niño(a) reciba formación religiosa?

(MARQUE CON UN CIRCULO UN SOLO NUMERO)

Muy importante.....	1	
Bastante importante.....	2	
Nada importante.....	3	69-70/

MADRE/GUARDIAN:

POR FAVOR REVISE LAS PAGINAS QUE LLENO, ASEGURANDE DE QUE NO SE LE HAYA QUEDADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. LUEGO DEVUELVALE ESTE CUADERNILLO AL/A LA ENTREVISTADOR/A. SI TIENE DUDAS SOBRE ALGUNA PREGUNTA CONSULTE SOBRE LA MISMA AL/A LA ENTREVISTADOR/A. GRACIAS.

ESTA PAGINA ESTA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SECTION 6

INTERVIEWER REMARKS

- INTERVIEWER:
- (1) REVIEW ALL SECTIONS AND MAKE SURE ALL APPROPRIATE PAGES ARE COMPLETELY FILLED OUT.
 - (2) CHECK MS CHART ON INSIDE COVER. CROSS OUT SECTION #'S OF PARTS COMPLETED.
 - (3) CHECK CHILD FACE SHEET TEST GRID.
 - (4) FILL OUT FOLLOWING ITEMS.

1. IN WHAT LANGUAGE WAS THIS MOTHER SUPPLEMENT ADMINISTERED?

ENGLISH..... 1

OTHER (SPECIFY) _____ 3 71-72/

2. PLEASE RECORD YOUR INTERVIEWER ID #: |__|__|__|__|__|__| 73-78/

3. PLEASE SIGN YOUR NAME HERE: _____

4. PLEASE AFFIX LABEL WITH YOUR SUPERVISOR'S NAME AND ID # HERE:



IF YOU HAVE NOT FINISHED THE CHILD SUPPLEMENT, DO SO NOW.

